Commission on the
Future of Health Care
in Canada

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

DISCUSSION PAPER NO. 16

A Framework for Determining the Extent of Public Financing of Programs and Services

by

Cynthia Ramsay

Elm Consulting, Vancouver

August 2002

Catalogue No. CP32-79/16-2002E-IN
ISBN 0-662-32786-1

Although the views expressed in the paper are those of the author(s), each of the papers was subjected to an independent peer-review process. The Commission would like to thank the Institute of Health Services and Policy Research (IHSPR) of the Canadian Institute of Health Research for their oversight and administration of the peer-review process for these papers. The work of the authors, the reviewers and IHSPR will serve to make these papers an important contribution to the Commission's work and its legacy.

103-00519/

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

Introduction 1

Government Funding of Health Care Services 2
- The Financing of Health Care in Canada 2
- Some Methods Proposed for Priority Setting in Canada 4
- How Do Other Countries Determine Public Financing Arrangements? 5
- Lessons for Canada from the International Experience 12

Access, Quality, Cost and Public Health Care Funding 14
- Access 15
- Quality 16
- Cost 17
- Public or Private Financing and Population Health Status 18

Framework for Determining Extent of Public Financing 21
1. Clarify the Purpose of the Health System 21
2. Decide Which Services to Evaluate 21
3. Evaluate Cost-Effectiveness and Relevance of Programs and Services 22
4. Involve the Public 22

Bibliography 24

Highlights

- The goal of a sustainable, high-quality, universal health care system must involve an examination of how public health care funding is allocated and whether the money is "well spent."

- The central concept of the *Canada Health Act* (CHA), medical necessity, has not been officially determined, therefore, the extent of public insurance varies from province to province. Only the governments of Alberta and Quebec have stated that they will establish an expert panel to review and make decisions on which health services and treatments are publicly insured.

- Most industrialized countries have been dealing explicitly with the rationing of health care services for years. The methods range from attempting to draft a specific list of services (Oregon) to determining guidelines for rationing decisions (New Zealand).

- The delisting of health services is unlikely to produce substantial savings to the government.

- While the mix of public and private financing has been associated with health inequities, the more likely connection is between health status and being insured at all, publicly or privately.

- In terms of access, quality and health system performance, Canada ranks better than some countries and worse than others. There is no clear public or private financing demarcation.

- The process of deciding which health services to publicly fund should begin with a discussion of the relative importance of the system's goals. Then there must be a reasoned approach to determining which services or programs are considered. The evaluation process should incorporate cost-effectiveness analysis and consider the relevance of the service to the health system's goals. The public should be involved in priority setting.

Executive Summary

The Conference Board of Canada estimates that public health expenditures are projected to rise from 31.1 percent in 2000 to 42.0 percent by 2020 as a share of total provincial and territorial government revenues, reducing the funding available for other social programs and government initiatives. As well, several other analysts and organizations are concerned about the financial pressures on the health care system: advances in technology, new pharmaceuticals, population aging, etc. In this context, the goal of the Commission on the Future of Health Care in Canada for a sustainable, high-quality and universal health care system must involve an examination of how public health care funding is allocated and whether the money is "well spent."

In general, hospital and physician services are publicly funded, as required by the *Canada Health Act* (CHA). However, the central concept of the CHA, medical necessity, has not been officially defined, therefore, the extent of public insurance varies from province to province. For example, only some provinces cover the services of non-physician health care providers, only some cover hearing aids for certain age groups and coverage of prescription drugs varies. This may not be problematic in and of itself but it begs the question as to whether it is desirable and/or feasible to develop a more structured framework for deciding on the nature and extent of public health care financing. Thus far, only the governments of Alberta and Quebec have stated an intention to establish a permanent expert panel to review and make decisions on which health services and treatments are publicly funded.

This paper examines the question of public funding from a macro-level perspective. First, it provides an overview of which health care services are currently paid for by the public and private sectors in Canada and describes how several other countries deal with financing issues. Then it discusses how the source of funding for services is related to the quality, accessibility and cost of services. Finally, it proposes a general framework for public funding decisions.

How Do Other Countries Determine Public Financing Arrangements?

Many other industrialized countries have been dealing explicitly with the rationing of health care services for years. The methods vary from drafting a specific list of services with public involvement (Oregon), to having a national committee make the main decisions with some public input (United States, United Kingdom and Australia), to a system in which the government makes the decisions with little public input (Singapore), to the use of guidelines (New Zealand).

All countries have found that setting health care priorities cannot be done systematically from cost-benefit analysis alone. As well, the delisting of health services is unlikely to produce substantial savings.

Access, Quality, Cost and Public Health Care Funding

While many analysts believe that it is the mix of public and private financing that causes health inequities, the more likely connection is between health status and being insured at all, publicly or privately. There are differences in the use of health care services by the insured and the uninsured, and in their health outcomes. But there are numerous studies showing that health status and access to the medical system are not necessarily correlated, and that health status is related more to income, education and access to public health programs such as immunization, screening, etc.

In terms of access, quality and overall health system performance, Canada ranks better than some countries and worse than others. Canada spends more than most industrialized countries on health care, but it is unclear what effect this greater expenditure has on Canadians' health status.

Framework for Determining Extent of Public Financing

1. Clarify the Purpose of the Health System

Before discussing what health services the public sector should fund, there needs to be agreement on the relative importance of the health system's goals: maximize the amount of health in society, treat disease, meet health care needs or ensure equality in health status. As well, there are interventions that maintain function at high cost, interventions that are mainly used to enhance quality of life, heroic but marginally effective technologies, emerging advances in genetic diagnosis and treatment, and numerous socio-economic factors that have been associated with health status, such as housing, income and education.

2. Decide Which Services to Evaluate

Decision makers/funders should ask the following questions about program and service trade-offs before heading into the evaluation stage:

1. *What is it?* Interventions (e.g., heart transplant) and medical and diagnostic technologies vary in practice/method, function and effects.

2. *What is it for?* Services must be considered in terms of public policy goals and values. At issue may not be the effectiveness of the service but less tangible concerns about the medicalization of problems or the legitimacy of recipients' needs.

3. *How is it situated?* Interventions may be interdependent; restricting one may affect the other.

4. *Whose is it?* Lobbyists/constituencies may influence the assessment process.

5. *Who is it for?* Services/technologies may work better in particular populations.

3. *Evaluate Cost-Effectiveness and Relevance of Programs and Services*

Some form of cost-effectiveness analysis should be used to determine which health care services to cover publicly, balancing the need for rigor against the limitations of the current state of medical knowledge. The relevance of particular services to a health system's goals must also be established. For example, U.K. decision makers have decided that the National Health Service (NHS) is not obliged to subsidize a lifestyle drug such as Viagra for everyone who might benefit from it; they have determined that Viagra, in most cases, is not *relevant* to a publicly funded, universal service.

4. *Involve the Public*

Priorities are set at many levels: federal and provincial governments set priorities and budgets; funding is allocated between geographical areas and specialties; which services, how they are delivered and to whom must be decided; and there are decisions about how much to spend on individual patients. These issues raise a number of areas for potential public involvement in decision making, including in the definition of the values of the system and which groups or treatments receive priority. Individuals (patients, providers and those directly affected by the policy/choices) must have the right to challenge any rationing decisions.

Introduction

Public sector spending accounts for almost 73 percent of total spending on health and represents about 30 percent of governments' total revenues in Canada. (Canadian Institute for Health Information 2001; Conference Board of Canada 2001) The Conference Board of Canada estimates that public health expenditures are projected to rise from 31.1 percent in 2000 to 42.0 percent by 2020 as a share of total provincial and territorial government revenues, reducing the funding available for other social programs and government initiatives. (Conference Board of Canada 2001) As well, several other analysts and research organizations are concerned about the financial pressures on the current health care system: advances in technology, new pharmaceuticals, population aging, etc. (Baxter 2002; Standing Senate Committee April 2002; Baxter and Ramlo 1998; and Canadian Institute of Actuaries 2001 and 1995) In this context, the goal of the Commission on the Future of Health Care in Canada for a sustainable, high-quality and universal health care system must involve an examination of how public health care funding is allocated and whether the money is "well spent."

In general, hospital and physician services are government-funded, as required by the *Canada Health Act* (CHA). However, the central concept of the CHA, medical necessity, has not been officially defined, and what is publicly insured varies from province to province, even for services provided in-hospital, such as certain prosthetic devices and crutches, for example. (Prince Edward Island Department of Health and Social Services 2001) This may not be problematic in and of itself but it begs the question as to whether it is desirable and/or feasible to develop a more structured framework for making health care financing decisions.

This paper examines this question from a macro-level perspective. First, it provides an overview of which health care services are currently paid for by the public and private sectors in Canada and describes how several other countries deal with financing issues. Then it discusses how public funding of services is related to the quality, accessibility and cost of services. Finally, it proposes a general framework for public funding decisions.

Government Funding of Health Care Services

The Financing of Health Care in Canada

Total health care spending in Canada is projected to have been almost $96 billion in 2000 and more than $102 billion in 2001. The public sector share of health spending has risen from 70.2 percent in 1997 to 72.6 percent in 2001. (Canadian Institute for Health Information 2001) Table 1 outlines the basic structure of health care financing in Canada.

Most provinces cover only a portion of the fees charged by chiropractors and other non-physician health care providers. Only some provinces cover hearing aids for certain age groups and coverage of prescription drugs varies. Most provincial insurance plans do not cover acupuncture, naturopathy, cosmetic surgery, physical examinations for employment or insurance purposes and sterilization reversals. With respect to these differences, a paper by the National Forum on Health asked: What is the proper way for provincial insurance plans to define "medically necessary"? What standards of evidence should govern decisions about insuring or not insuring services? (National Forum on Health 1995)

Table 1
The Financing of Health Care Services in Canada

Service	Method(s) of financing
Hospitals	100 percent public financing for medically necessary services; private payment for upgraded accommodation or non-medically necessary services provided in hospitals
Private clinics	Privately funded for services not considered medically necessary
Long-term care	Mixed
Home care	Partial public coverage provided in most provinces
Physicians	100 percent public for medically necessary services; majority is paid fee-for-service, with some salary and capitation payments; private payment for non-medically necessary services
Other health care professionals	Mainly private (insurance and out-of-pocket); some services covered by provincial plans for long-term care or home care
Prescription drugs	Mixed: drugs within hospitals covered by government-allocated hospital budgets; provincial plans pay for a large percentage of drugs dispensed outside hospitals; coverage is typically limited to target populations; balance funded privately
Non-prescription drugs	Private
Dental/optometry care	Mainly private; some provincial plans cover some services for children and seniors
Alternative medicine	Mainly private; limited coverage by some provincial plans
Ambulance services	Partial public coverage in some provinces; special programs for residents in remote areas
Public health programs	Public
First Nations health	Public directly delivers some services

Sources: El Feki 1998, 38; National Forum on Health 1995; Newfoundland Department of Health and Community Services 1999; Prince Edward Island Department of Health and Social Services 2001; Government of New Brunswick 2002; Nova Scotia Department of Health 2001; Government of Quebec 2001; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care 2000; Manitoba Health 2002; Saskatchewan Health 2000; Alberta Health and Wellness 2002; British Columbia Ministry of Health 2002.

Since the Forum, there has not been much movement toward answering these questions and building a framework for determining core services. However, there have been many methods proposed and a few provinces have said they are now going to be seriously examining this issue.

Most recently, the government of Alberta accepted all the recommendations for reform proposed by an advisory council. The council states that the CHA was never designed to cover the full range of health care services now available, but, over the years, many new treatments and technologies have been added to the list of insured services. Generally, decisions involve assessment of the technology, analysis of the impact, expert consultations, government review, development of legislation if necessary, review by the legislature or government and implementation. Ultimately, the funding decision is made by the health minister or by the government collectively. (Premier's Advisory Council 2001)

As there likely will be continued pressure to add more treatments, programs and drugs to the list of insured services, the government needs to reconsider what gets insured and what does not, and decide what services could be funded in other ways. One of the council's proposals was to establish a permanent expert panel to review and make decisions on which health services and treatments are publicly funded. The expert panel will start by reviewing the broad categories of services currently provided and deciding which ones should be "grandfathered" for continued public funding. (Premier's Advisory Council 2001)

In Quebec, the Clair Commission also recommended the establishment of a permanent committee to review and decide which services to publicly insure. (Standing Senate Committee April 2002) Saskatchewan is also moving toward formalizing evidence-based funding of health care. In its 2001 action plan, it supports the formation of a quality council to advise government, develop evidence-based approaches and promote effective practices throughout the system. (Saskatchewan Health 2001)

A rationalization of services is not easy to achieve. Ontario's 1994 deinsurance initiative illustrates the variety of principles and interests that are involved in the process. The initiative was part of an agreement between the Ontario Medical Association (OMA) and the Ministry of Health to cut $20 million worth of services in order to keep within the budget allocated to the profession, which had been recently capped. The services for deinsurance were nominated by the OMA and the ministry, and reviewed by an ad hoc commission. Because the CHA requires that provinces insure all medically necessary care, the candidates for deinsurance had to seem "medically unnecessary" in some sense – cosmetic surgery, for example. Additionally, since deinsured services would be privatized, an existent or potential private market helped flag certain choices. It was a difficult process and there were attempts to include the public in the decision-making process. Nonetheless, even the chair of the commission that reviewed the candidates for deinsurance described the final selection as "bizarre." (Giacomini 1999, 728-730)

Some Methods Proposed for Priority Setting in Canada

John Williams and Michael Yeo, ethicists at the Canadian Medical Association, make a few general suggestions about priority setting in Canada:

- Regional boards and the federal and provincial governments should clarify the values and principles that guide their priority-setting work, as regards both the goals of health and health care and the means for attaining these goals.
- Decision making at all levels should be transparent and open to scrutiny.
- Public education programs should be developed to prepare the public to participate in priority setting and demand accountability from the decision makers. (Williams and Yeo 2000, 132)

The Canadian Medical Association Core and Comprehensiveness Project

The Canadian Medical Association (CMA) has constructed a decision-making framework on core (publicly funded) health care services. The association uses the terms core, basic and optional services, rather than medically necessary. The CMA believes that there are three key factors to making the decision: quality of care (effectiveness, appropriateness, efficiency, patient acceptance and safety), ethics (fairness, age, lifestyle, the identifiable patient versus the statistical patient and futility) and economics (cost-effectiveness analysis). The CMA states that an ethical process recognizes that decisions are made between patients and physicians, in the community or by society, and by governments. It advocates for public involvement in the decision-making process. (Wilson, Rowan and Henderson 1995; Walters and Morgan 1995; and Sawyer and Williams 1995) The CMA model was first used to make recommendations on three clinical issues: prostate specific antigen (PSA) screening, gastroplasty and the annual physical examination. (Deber et al. 1995, part 2)

The Four-Screen Model

The 1995 paper *The Public/Private Mix in Health Care*, by Deber et al., proposes a four-screen (Deber-Ross) model of prioritizing government health care financing decisions. Decisions about coverage are made as a function of four screens, with only those interventions passing an earlier screen considered at the next stage. Screen 1 (effectiveness) examines whether the intervention works. Screen 2 (appropriateness) incorporates information about the risks and benefits to particular individuals. Screen 3 (informed choice) incorporates the views of recipients of care and Screen 4 (public provision) asks whether a third party should pay for the intervention. This decision requires the consideration of such factors as cost minimization, social values and advancement of knowledge. (Deber et al. 1995, part 2)

The model begins at the level of the individual, but implementation is simplified if it is then aggregated to determine a global budget. Rather than list which procedures would be covered,

the budget is based on an estimate that, for a given population, there should be approximately X hip replacements, Y cases of diabetes and Z with high blood pressure. This model presupposes reforms of the way in which health care is delivered in Canada. (Deber et al. 1995, part 2)

How Do Other Countries Determine Public Financing Arrangements?

In all countries, the government plays a significant role in the financing of health care. The programs and services that other countries publicly fund vary, as does the method by which these countries determine these financing arrangements. This section looks at what services are publicly covered in Australia, New Zealand, Singapore, the United Kingdom, and the United States, and how these coverage decisions are made.

Australia

The Commonwealth and state and territorial governments account for about 70 percent of health expenditures in Australia. The Commonwealth government is the primary public insurer of prescription drugs and physician services, and it funds some 50 percent of hospital expenditures. (Standing Senate Committee January 2002*a*, 8)

The Commonwealth government's Medicare program provides "free" treatment to Medicare patients in public hospitals, and free or subsidized treatment to patients treated by doctors (and optometrists or dentists for some services). Patients may insure with private organizations for the gap between the Medicare benefit (subsidy) and the fees. (Ramsay 2001)

Medicare pays benefits for services that are considered "clinically relevant," such as consultation fees for doctors, tests and exams by practitioners to treat illness, eye tests performed by optometrists, and most surgical and therapeutic procedures performed by doctors. Medicare does not cover such things as dental exams and treatment, ambulance services, home nursing, physiotherapy, chiropractic, glasses and contact lenses, hearing aids, prostheses, medicines and non-clinically necessary services. (Health Insurance Commission 2001)

In what it calls an effort to ease the financial burden on the public health system, the Commonwealth government has implemented reforms intended to improve the affordability of private health care and enhance choice for consumers. Specifically, among other measures, the government encourages the purchase of private health insurance with a 30 percent refundable tax credit. (Australian Department of Health and Aged Care 2000, 4) However, there is debate as to whether a public subsidy in the form of tax relief on the purchase of private *insurance* is an effective use of funds, in that it could cost governments more than it would save them. (Standing Senate Committee January 2002*a*, 11; Emmerson, Frayne and Goodman 2000, 31-32) As well, there are those who contend that private *insurance* or private *hospitals* result in longer queues in the public system. (Standing Senate Committee January 2002*a*, 11-12; Currie 2000)

The Commonwealth government's approach to Medicare is increasingly to fund interventions that are safe, clinically effective and cost-effective. During 2000-01, the Quality

and Safety Council and the National Institute of Clinical Studies were contracted to examine a "whole of system" approach to quality and safety, focusing on best practice models for acute care and the treatment of a range of national health priority areas. Already, the Pharmaceutical Benefits and Medicare Services advisory committees recommend funding for services and medicines proven to be appropriate and effective. (Australian Department of Health and Aged Care 2000)

New Zealand

In 1998-99, the proportion of publicly funded health and disability support services accounted for around 77.5 percent of the total health expenditure in New Zealand. Individuals may also choose to use private health care services; the proportion of health expenditure financed privately has risen from 12.0 to 22.5 percent over the last two decades. (New Zealand Ministry of Health 2001*b*, 12-13)

Most New Zealanders are eligible for publicly funded health and disability services, as they are either permanent or long-term residents. Eligible people may receive free inpatient and outpatient public hospital services, subsidies on prescription items and a range of support services for people with disabilities. There is a fee-for-service system for primary care, although visits to the doctor and prescription items are generally free for children under age 6 and basic dental care for children is generally free until age 16. For people who have to make many doctor visits or who require a lot of medication, there is the possibility of getting a government subsidy. (New Zealand Ministry of Health 2001*a*)

In 2000, the central government transferred decision-making responsibilities to community-focused district health boards (DHBs). The central government provides broad guidelines on what services the DHBs must provide and national priorities have been identified in the New Zealand Health Strategy. (New Zealand Ministry of Health 2001*b*)

The national Health Funding Authority is expected to reflect the needs of users and is obliged to consult communities about its plans for the purchase of services. As well, the National Health Committee (NHC) was set up in 1992 to advise the government on the types of health and disability services that should be publicly funded and their relative priorities, given available resources. Over the years, the NHC has engaged the public in its work: there have been town hall meetings, focus groups and calls for submissions. The NHC even runs a consumer-training program in guidelines development. (Edgar 2000)

The philosophy behind the NHC's rationing process includes consideration of the effectiveness of the services, value-for-money, fairness in access and use of the services and consistency with communities' values. (Edgar 2000) Four assumptions underlie the NHC's work:

- Rationing of services is inevitable.
- The processes for making rationing decisions must be transparent.

- Communities must be involved – their values are essential when rationing decisions mean that not everyone will get all the health services they want.
- There are transparent tools – guidelines and priority criteria – that can help decision makers. (Edgar 2000, 186)

While there have been few well-designed research studies conducted on NHC initiatives, the committee still feels it important to continue learning how to make difficult choices. Even if total spending on health care were to double, decisions would still need to be made on the margins of funding and acceptance of the need to make such decisions is important. (Edgar 2000)

Singapore

Health services in Singapore are provided by three different ministries and by the private sector. In 1999, Singapore spent about 3 percent of GDP on health care in total; government health spending accounted for 0.8 percent of GDP. (Singapore Ministry of Health 2001, 10)

The Ministry of Health provides preventive, curative and rehabilitative services; formulates national health policies; co-ordinates planning and development between the public and private health sectors; and regulates health standards. (Singapore Ministry of Health 2001) The Singapore health care philosophy emphasizes the building of a healthy population through preventive health care programs and the promotion of healthy living. Immunization, health education in schools and dental services are free. (Hsiao 1995)

Primary health care is delivered at government outpatient polyclinics and private medical practitioners' clinics. There is an outpatient consultation fee, which includes medication. At the government polyclinics, all services are subsidized. (Hsiao 1995) However, co-payments apply even to most heavily subsidized hospital wards and are designed to limit demand by making patients cost-conscious. (Ham 1996)

To ensure that basic medical services are available to all Singaporeans, the government also subsidizes medical services at public hospitals and government clinics. The basic medical package is intended to reflect up-to-date medical practice that is cost-effective and of proven value. It excludes non-essential or cosmetic services, experimental drugs and procedures of unproven value. The goal of the system is to allocate resources in such a manner as to do the most good for the largest number of people. (Ham 1996)

Singaporeans are required by law to save for their medical expenses. Under the Medisave scheme, all working persons must set aside 6 to 8 percent of their income for a personal Medisave account. Singaporeans use the money in this account to help pay for any hospitalization costs they, or their immediate family, incur. In addition, there is Medishield, a voluntary insurance plan designed to help Singaporeans meet any medical expenses arising from a major accident or prolonged illness. Medishield reimbursements are based on a system of deductibles and co-insurance, and there are claim limits per policy year and per lifetime. Lastly, there is Medifund, an endowment fund set up by the government as a safety net to help low-income Singaporeans pay for

their medical care. The amount of help given to a patient depends on individual circumstances and is decided upon by a committee at the hospital level. (Ramsay 2001)

The Singaporean government has also introduced low-cost community hospitals for the convalescent sick and elderly not requiring the more expensive care of the acute general hospitals. Health care services for the elderly are mostly run by voluntary welfare organizations that are subsidized by government. Most support services to the hospital and primary health care programs are found in both the public and private sectors. (Singapore Ministry of Health 2001)

United Kingdom

The National Health Service (NHS) is the main provider of health care in the United Kingdom. It is based on the ideal of universal coverage for all British citizens, paid for from general tax revenues. But initial cost estimates for the NHS were soon exceeded and fees were added for such services as prescriptions and dental care. (However, today, about 85 percent of prescriptions are dispensed to people who are exempt from the charges.) (British Medical Association [BMA] 1999)

About 11 percent of the U.K. population have private medical insurance. (Ramsay 2001) The number of people paying directly for elective surgery in the private sector accounts for about 19 percent of private treatment and the private sector also provides the majority of places in residential and nursing homes. (BMA 1999)

Despite cost pressures on the system, the NHS's 10-year modernization plan rejects the suggestion that the NHS should only cover a defined set of individual conditions or treatments:

> First, advocates of this position usually have great difficulty specifying what they would rule out. The sorts of treatments that commonly feature include varicose veins, wisdom teeth extraction or cosmetic procedures. The problem is that these sorts of services account for less than 0.5 percent of the NHS budget, and are not major cost-drivers for the future. Instead, the vast majority of spending – and spending increases – go on childbirth, elderly care and major conditions such as cancer, heart disease and mental health problems. (United Kingdom Department of Health 2001, chap. 3)

The other reason given in *The NHS Plan* for not restricting spending to a defined set of core services is that effectiveness is subjective: different patients under different circumstances can derive different benefits from the same treatment.

However, *The NHS Plan* acknowledges that priorities have to be determined. The National Institute for Clinical Excellence provides guidance on the clinical and cost-effectiveness of new and existing health technologies, including medications, with the aid of a Citizens Council. (United Kingdom Department of Health 2001) While the context for prioritizing decisions is national, many choices are made by local health authorities and, more often, rationing is done implicitly by individual physicians, using clinical judgment applied to the individual case. (BMA 1999)

United States

Medicare/Medicaid

In the United States, there are two main government health care programs. Medicare covers elderly Americans (aged 65 and over) and disabled Americans, and Medicaid provides health insurance and services for lower income Americans. Medicare covers more than 39 million Americans and Medicaid had 36 million recipients. (Health Care Financing Administration [HCFA] 2001*c*; 2001*a*) In 1997, the public sector in the United States accounted for 46.4 percent of total health care spending. (Ramsay 2001)

Medicare is a federal program that reimburses the elderly for their health care expenses. Of seniors, 98.6 percent were enrolled in Medicare and most elderly (70 percent) have both Medicare and additional private insurance for those costs not covered by the public program. (Ramsay 2001) Medicare Part A is hospital insurance that helps beneficiaries cover the costs of inpatient hospital care, critical access hospitals, skilled nursing facilities, hospice care and some home care. Medicare Part B is optional insurance and covers medically necessary doctors' services, outpatient hospital care and some services that Part A does not cover, such as the services of physical and occupational therapists. For both Medicare parts A and B, there are premiums, deductibles and co-payments.

State governments contribute to Medicaid, and also fund such things as public health services (e.g., immunizations and Native health), community-based services (e.g., mental health and substance abuse services), state university-based teaching hospitals and state employee health premiums. As Medicaid is a joint federal-state program, its benefits and eligibility requirements vary from state to state. Coverage is not available to all low-income people, but to those who are considered by the various state definitions to be "categorically" or "medically" needy; most states fund assistance programs for specified poor persons who do not qualify for Medicaid. (Standing Senate Committee January 2002*a*, 48) Nominal deductibles and cost-sharing may be imposed on some Medicaid recipients for certain services, however, there are some recipients who must be exempt from cost-sharing: pregnant women and children under 18 years of age, for example. (HCFA 2001*b*)

In general, basic Medicaid coverage must include inpatient and outpatient hospital services, physician services, surgical dental services, nursing facility services and home health care for some individuals, family planning services and supplies, rural clinic and ambulance services, laboratory and X-ray services and periodic screening. The most commonly covered optional services include clinic services, intermediate care facility/mentally ill services, optometrist services and eyeglasses, prescribed drugs, prosthetic devices and dental services. (HCFA 2001*b*)

It is the responsibility of the Health Care Financing Administration (HCFA), now called the Centers for Medicare and Medicaid Services, to track emerging technologies and patterns of care to determine the need to change national coverage policies. In making these decisions, the HCFA considers whether an item or service demonstrates medical benefit and added value (either in terms of more health benefits or lower cost) to what is already covered for the Medicare population. (HCFA 2001*d*) Part of the HCFA's approach is to use the Internet to inform people about how coverage decisions are made and the progress of each issue under coverage review. (HCFA 2001*e*)

Oregon

The Oregon Health Plan (OHP) provides insurance coverage for some one million low-income Oregonians, but it is estimated that about 400,000 people remain without health coverage. (Oregon Health Services Commission 2001)

The OHP is the only state Medicaid program that explicitly rations medical care, funding services using various measures of value. In broad terms, covered services include diagnosis, physician services, medical and dental check-ups, family planning services, maternity, prenatal and newborn care, prescriptions, hospital services, comfort care and hospices, dental services, alcohol and drug treatment, and mental health services. Services not covered are those for conditions that will get better on their own, conditions that have no useful treatment, treatments that are not generally effective, cosmetic surgeries, gender changes, treatment for infertility and weight-loss programs. (Office of Medical Assistance Programs 2001)

There is a priority list of 736 medical conditions and their related treatments. As of October 2001, the government funding line went up to and included 566 of these condition/treatment pairs. Table 2 gives an indication of the complexity of the funding list.

Table 2
Selected Services Covered by the Oregon Health Plan as of October 2001

Ranking	Diagnosis	Treatment
Government-funded services include the following:		
1	Severe/moderate head injury: hematoma/edema with loss of consciousness	Medical and surgical treatment
2	Type I diabetes mellitus	Medical therapy
565	Symptomatic urticaria	Medical therapy
566	Dysfunction of nasolacrimal system	Medical and surgical treatment
Government funding does not include the following:		
567	Chronic anal fissure, anal fistula	Sphincterectomy, fissurectomy, fistulectomy, medical therapy
568	Dental conditions (ex. broken appliances)	Periodontics and complex prosthetics
735	Spastic dysphonia	Medical therapy
736	Disorders of refraction and accommodation	Radial keratotomy

Source: Oregon Health Services Commission, 1 October 2001, *Prioritized List of Health Services*.

The impetus for Oregon to rank procedures came in 1987, when the state deinsured transplants for Medicaid patients. As a consequence, a boy needing a bone marrow transplant died before his family could raise enough private money for the procedure. The incident led to public outrage and a more systematic and evidence-informed method of rationing was deemed necessary.

The initial process involved ranking health services by their value to the community and their cost-effectiveness. Multiple rankings were required before the end result was achieved. In later stages, analysts ranked finer categories (eventually diagnosis-treatment pairs) according to an algorithm that used criteria including cost-effectiveness, public opinions of service types and health states, and expert opinions of the ranks produced. Eventually, 17 categories were developed and then ranked by a state-appointed Health Services Commission. They covered more than 10,000 medical procedures, which were reduced to 709 diagnosis-treatment pairs.

Oregon's efforts to rationalize the Medicaid benefit package met with lobbying by providers and consumers who wanted to protect their own favoured services from being rationed by the government. There was some success by lobbyists in proscribing or delaying the addition of particular services to the ranking list. For example, most psychiatric care was excluded from the ranking. The excluded services accounted for about 70 percent of Medicaid spending, leaving 30 percent of the budget to be controlled by the priority-setting process. (Giacomini 1999, 725-726) "Because Oregon [in the end] did not ration care based on cost-effectiveness, their basic benefits package fails to maximize health outcomes to Medicaid recipients." (Tengs 1996, 181)

The central idea behind the OHP was that, given fiscal limits, it is better to provide some health insurance for everyone rather than only covering some people for everything. However, the benefits package today is more generous than Oregon's old Medicaid system and the costs for the OHP have increased over the last decade. (Oregon Health Services Commission 2001)

Other U.S. states have tried alternative methods of expanding public coverage of health services to those who are uninsured. For example, Massachusetts expanded coverage with a basic option for the non-categorical needy called MassHealth. New York's Healthy New York package is for small businesses that do not provide health insurance for their employees and to working, uninsured individuals. Washington State's Basic Health Plan gives low-income Washingtonians a choice between a managed-care-style plan and a less managed plan with higher out-of-pocket costs. Minnesota's MinnesotaCare has a basic benefit that includes single adults without dependent children; initially offering only outpatient services, inpatient services for this population were recently added. (Oregon Health Services Commission 2001)

Despite such efforts, in 2000, 14 percent of Oregonians were uninsured, 9 percent of Massachusetts residents, 15 percent of New Yorkers, 14 percent of Washingtonians and 8 percent of Minnesotans; the national figure was 14 percent. (Kaiser Family Foundation 2002) As well, there is some evidence that programs to publicly insure low-income adults might not be increasing overall coverage but, rather, crowding out private. A study examining the expansion of public insurance in four states found that the programs in Oregon and Washington "resulted in a decline in the number of uninsured and very little crowding out of private insurance," whereas

in Tennessee there was "a decrease in the number of both uninsured persons and privately insured persons" and, in Minnesota, there was "a decline in the number of privately insured persons and virtually no change in that of uninsured persons." (Kronick and Gilmer 2002, 225)

There seems to be no correlation between how much a state spends on health care and the extent of insurance coverage. State health care expenditures per capita for the United States averaged US$872.64 in 1999: Minnesota (US$807.83) and Oregon (US$774.18) spent less than the national average, while New York (US$1,615.64) and Massachusetts ($1,455.21) were the top two spenders in the country. (Kaiser Family Foundation 2002)

Lessons for Canada from the International Experience

Many other industrialized countries have been dealing explicitly with the rationing of health care services for years. The methods vary from drafting a specific list of services with public involvement (Oregon), to having a national committee make the main decisions with some public input (United States, United Kingdom and Australia), to the government making the decisions with little public input (Singapore), to the use of guidelines (New Zealand).

All countries have found that setting health care priorities cannot be done systematically from cost-benefit analysis alone. As well, the delisting of health services is unlikely to produce substantial savings. In both Oregon and New Zealand, explicit priority setting resulted in more services being covered rather than fewer. (Coulter and Ham 2001) In other countries, such as the Netherlands, services that have been delisted (long-term in-vitro fertilization, cosmetic surgery, eyeglasses, homeopathic drugs, dental care for those over age 18, and several other items) produced a savings of 4.5 percent to the government. (Williams 1997)

If major cost-savings are a goal of government, there must be more substantial reform than simply delisting certain services. The prioritizing process, however, is a good way for governments to finance and ensure universal access to those interventions that best meet the needs of the population:

> ... it is also a matter of equity: in contrast to actuarial private insurance, where every purchaser buys the expected value of the health services needed, public finance is involuntary. It comes from the taxpayers who have a legitimate interest in meeting needs and thereby getting value for their money, but not necessarily in paying for wants. (Musgrove 1996, 56)

The rationale for encouraging democratic deliberation of rationing is that choices in health care involve moral issues and, more pragmatically, it is likely that legal challenges to rationing decisions will increase and this reinforces the need to make the decision-making process fair and transparent. (Coulter and Ham 2000)

Professor Norman Daniels of Tufts University believes that, to legitimize limit setting, there must be what he calls accountability for reasonableness, which demands public access to the reasons for priority-setting decisions and requires that fair-minded people consider these reasons

relevant to meeting population health needs with limited resources. (Daniels 2000) According to Daniels, accountability for reasonableness requires four necessary (but not sufficient) conditions to be met:

- *Publicity*: decisions regarding coverage for new technologies (and other limit-setting decisions) and their rationales must be publicly accessible.
- *Reasonableness*: the rationales for coverage decisions should aim to provide a *reasonable* construal of how the organization should provide "value-for-money" in meeting the varied health needs of a defined population under reasonable resource constraints....
- *Appeals*: there is a mechanism for challenge and dispute resolution regarding limit-setting decisions, including the opportunity for revising decisions in light of further evidence or arguments.
- *Enforcement*: there is either voluntary or public regulation of the process to ensure that conditions 1-3 are met. (Daniels 2000, 92)

Access, Quality, Cost and Public Health Care Funding

One of the main purposes of a health care system is to improve the health of the population and, ideally, this is achieved by providing broad access to quality health care at a manageable cost. Since Canada's health care system is mainly publicly funded, it is necessary to discuss what is known about how public financing of services affects the accessibility, quality and cost of services. As well, there must be discussion of whether the method of financing health care matters in the pursuit of better population health status.

Deber et al. summarized conventional thought about the financing of health care for the National Forum on Health: "it is widely recognized that divorcing access to a comprehensive mix of health services from ability to pay inherent in public financing enhances equity. As one moves along the public/private continuum to include more private sector involvement, equity decreases. At the extreme, one has the U.S. system, in which a large proportion of the American public is either uninsured or underinsured for health care." (Deber et al. 1995, part 1)

The problem with this argument is that it implies that it is private sector involvement that decreases equity rather than the fact of being uninsured, publicly or privately. Being uninsured in the United States does not mean that you will be denied care when you need it.[1] As well, statistics show that many of the uninsured are only temporarily so. For example, the uninsured rate in Minnesota is about 8 percent, but it declines to 3.1 percent if one considers those Minnesotans who were uninsured for the entire year of 2001. (Minnesota Department of Health 2002)

However, there are differences in the use of health care services by the insured and the uninsured, and in their health outcomes. For example, uninsured children in the United States were 2.5 times as likely as children with health insurance to be without a recent visit to a physician in 1995-96. (National Center for Health Statistics 1999) As well, from an analysis of 125 peer-reviewed research papers, the Oregon Health Services Commission concluded that uninsurance is associated with increased mortality (e.g., diagnosis of disease at a late and incurable stage); more pain, disability and suffering (e.g., uninsured children are less likely to receive treatment for sore throats, earaches and asthma); and expensive care (e.g., the uninsured are more likely to use the emergency room for care). (Oregon Health Services Commission 2001)

Universal insurance, then, is a desirable goal. But there are myriad ways of insuring an entire population and basic health status measures, such as life expectancy and infant mortality, do not indicate that one method is particularly better or worse at reducing inequities in health. In Canada, for example, there is evidence of queue jumping for non-medical reasons and evidence that family physicians are not referring the sick and elderly as readily as they should for such treatments as kidney dialysis. (Gratzer 1999, 24 and 43) As well, in attempting to balance their fiscal situations, many provincial governments have delisted services, resulting in more people paying for needed services. If having to pay for care is inherently unfair to people with lower incomes, then this "cost-saving" measure represents increasing inequity in the Canadian system.

---

1 By law, neither public nor private hospitals are permitted to refuse treatment to an indigent patient. For more information, go to http://www.medlaw.com.

Access

In terms of access, there are many studies that seem to indicate that patients wait longer for care in Canada than in countries such as the United States, Sweden or Germany; but less time than patients in the United Kingdom and New Zealand.

A study in the 1980s found that Canadians waited longer than Americans for orthopaedic consultation and for surgery post-consultation. (Coyte et al. 1994) Research in the 1990s showed Canadians waiting longer than Germans and Americans for several cardiac procedures. (Collins-Nakai, Huysmans and Skully 1992) Another study found that, in 1992, Canadians generally waited longer for bypasses than Americans or Swedes, but less time than the British, (Carroll et al. 1995) and another study, conducted in 1998, indicated that Canadians had shorter waiting times than New Zealanders for bypasses. (Jackson, Doogue and Elliott 1999) Research at Dalhousie University found that proper follow-up and diagnosis for patients with gross hematuria (bloody urine) took longer in Canada than in the United States. (Moulton 1998)

A study conducted in the early 1990s by the Queen's Radiation Oncology Research Unit found that, for all but emergency care, Canadian patients waited longer for radiation treatment of cancer than their American counterparts, and longer than oncologists considered to be medically acceptable. (Mackillop 1994) A recent report on cancer care by the Cancer Advocacy Coalition warns that long waiting lists for radiation and the slow approval of new chemotherapy drugs have a negative impact on patient survival, and provides data showing that Canadian provinces tend to have higher cancer mortality rates than American states. (Cancer Advocacy Coalition 2001)

As well, the situation in Canada does not seem to be improving. A study of almost 30,000 breast surgery patient cases in Quebec found that the median waiting times between diagnosis and surgery rose from 29 days in 1992 to 42 days in 1998. (Mayo et al. 2001) An update of an audit by the Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation of waiting times for eight non-urgent surgical procedures in Winnipeg from 1992 to 1997 found increases in the waiting times of six of the eight procedures, including breast tumor removal and carotid endarterectomies, from the 1992-93/1996-97 period to 1998-99. (Currie 2000) While the Manitoba authors do not draw any conclusions from the increase in waiting times, they note that the trend is of concern.

What should also be of concern to Canadians is that our system, which is intended to provide equal access to care, may not be succeeding in that area. One study shows that low-income Canadians are less likely to visit medical specialists (Dunlop, Coyte and McIsaac 2000), and others show low-income Canadians to have lower cardiac (Alter et al. 1999) and cancer (Mackillop et al. 1997) survival rates than Canadians with higher incomes.

In 2000, the Canadian Association of Radiologists released a report suggesting that 63 percent of X-ray equipment is out of date, as is the majority of diagnostic machinery in Canada. (Canadian Association of Radiologists 2000) Out of 25 OECD countries, Canada ranked 19th in terms of magnetic resonance imagers (MRIs) per million population. (Esmail 2001) Out of 23 OECD countries, Canada ranked 18th in terms of computed tomography scans per million population. (Esmail 2001) For health care services (hospital beds, physicians and other resources), Canada

ranked 5th of 8 countries, having more resources available than the United Kingdom, Singapore and South Africa, but fewer than Germany, Switzerland, the United States and Australia. (Ramsay 2001)

At minimum, such findings bring into question the belief that a publicly funded health care system that prohibits the private financing of medically necessary services is necessarily better at providing greater and more equal access to health care than one that allows public and private funding of these services. There are problems in Canada and the United Kingdom with waiting lists and survival rates for certain illnesses, for example, but there are Americans who go without health care because of its cost.

A recent survey looked at patient views regarding access, quality and costs of care in Australia, Canada, New Zealand, the United Kingdom, and the United States. It found that the United Kingdom had the largest share of the population waiting four months or more for elective surgery, while Canada had the only statistically significant increase in the number of people waiting four months or more for treatment. However, Canadians and Britons were much less likely to report going without medical care because of costs than were adults in Australia, New Zealand and the United States. (Blendon et al. 2002)

Quality

There are few, if any, that can point to whether a publicly or privately funded health care system is better or worse for population health. For example, research by the Institute for Clinical Evaluative Sciences in 1999 concluded, after having examined some 18 studies of health outcomes in Canada and the United States, that "none of these studies proved that differences in health outcomes were due solely to differences in the health care systems of these two countries. As a result, formulation of a distinct hypothesis regarding the relationship(s) between quality of care of each distinct health care system and outcomes in comparison to each other is unlikely." (Szick et al. 1999, 17)

In the aforementioned five-country survey, respondents in all of the countries rated their physician care as excellent or very good. With respect to hospital care, a majority in every country except the United Kingdom rated the care they received as excellent or very good. Canadians and Americans with lower incomes were less likely than those with higher incomes to rate their care as excellent or very good; the opposite was true for Britons. (Blendon et al. 2002)

In *World Health Report 2000*, the World Health Organization (WHO) ranked the performance of health care systems around the world in trying to achieve three main goals: good health, responsiveness to the expectations of the population and fairness of financial contribution (how much people pay out-of-pocket). In the comparison of overall system performance, Canada ranked better than countries such as the United States and Australia but worse than France, Italy, Singapore, the United Kingdom, Germany and 20-plus other countries. (World Health Organization [WHO] 2000) Being a first attempt at ranking health systems, there are debatable methodological aspects of this report and, being a complex and lengthy report, it would be foolhardy to take the results as indicating that any one country's health care system was

unambiguously better than another's. However, the ordering of the countries should at least cause people to question whether Canada's health care system as it stands should be sacrosanct, or if we cannot learn from how other countries organize their systems.

Cost

Deber et al., in their report to the National Forum on Health, state a common view in Canada:

> ... from both international and Canadian evidence, [is the finding] that exclusive public financing of medically necessary care is also the most economically efficient method. Efficiency is increased through the state's monopsony power over the control of total budgets and over fee and salary negotiations with providers, and through minimizing cost shifting and risk selection. Case studies of Canadian experience reveal that cost escalation is higher in those areas of health care with greater roles for private financing (e.g. drugs, automobile insurance, travel health insurance) than those with public financing and monopsony control (e.g. hospitals).... The only justification for the mixed financing plans is that they may provide enhanced consumer and provider choice (liberty). (Deber et al. 1995)

While there is some evidence that governments can increase the efficiency of health care markets because there are social returns to health, asymmetric information and other market failures, there is little, if any, evidence that "exclusive" public financing of medically necessary services is the most economically efficient method. As well, there has been documentation of government failures that are as serious as market failures: poor public accountability, information asymmetry, abuse of monopoly power and failure to provide public goods. (Harding and Preker 2000)

Dr. Ake Blomqvist told the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, "if cost containment is a main objective, there would seem to be a prima facie case for extending public sector coverage to encompass a broader range of benefits, for example, by introducing a system of publicly funded Pharmacare, as suggested by the National Forum on Health." (Standing Senate Committee January 2002*a*, 68) While it is true that countries with publicly funded systems *may* be able to control costs by brute force – capping physicians' fees, closing hospitals and delisting services, for example – better than countries that rely more on private financing, they are not necessarily less expensive systems. Canada spends more on health care than most industrialized countries, all of which allow private sector financing of medically necessary services.

As well, a recent comparison published in the *British Medical Journal* of Britain's publicly funded National Health Service with California's private, nonprofit Kaiser Permanente found that the per capita costs of the two systems, adjusted for such aspects as differences in benefits and population characteristics, were similar to within 10 percent. But it also found that Kaiser members experienced more comprehensive and convenient primary care services and much more rapid access to specialist services and hospital admissions. Kaiser's superior access, quality and cost performance was attributed to better system integration, more efficient management of

hospital use, the benefits of competition and greater investment in information technology. (Feachem, Sekhri and White 2002)

The struggles faced by Canada's health care system are numerous: waiting lists, emergency room back-ups, a lack of high-tech medical equipment, limits on newer pharmaceutical treatments and low provider morale. Many of these issues arise because health care in Canada is organized mainly as a function of government and, therefore, increasing health care costs is problematic. By continuing to demand "exclusive" public financing of medically necessary services in Canada, the federal government is potentially harming Canadians' health and hindering the future prospects of the health care sector. (Ramsay and Walker 1996) For reasons such as these, and not only for "enhanced consumer and provider choice," is there justification for mixed financing plans.

Public or Private Financing and Population Health Status

Beyond the Public-Private Debate: An Examination of Quality, Access and Cost in the Health-Care Systems of Eight Countries found that, of the many possible determinants of health, income per capita and literacy have the strongest relationship to health status. It also found immunization rates to be important. Given these findings, *Beyond the Public-Private Debate* concludes that government intervention should focus on (given scarce resources) assuring universal access to and the availability of preventive and basic primary care, even increasing their availability. Beyond this, governments should work to ensure that people who cannot afford to pay for medical services have access to care when they need it and, perhaps, governments should require their citizens to purchase health insurance for catastrophic events. (Ramsay 2001)

World Health Report 2000 states that "scientific and technical progress … explained almost half of the reduction in mortality between 1960 and 1990 in a sample of 115 low- and middle-income countries, while income growth explained less than 20 percent and increases in the educational level of adult females less than 40 percent." (WHO 2000, 9) With respect to developed countries, WHO's report claims that a large portion of the improvement in life expectancy in Europe has been due to modern medical care. But, it also says that health systems do little to improve health: studies have shown life expectancy to be correlated with income per capita but not to the numbers of doctors, hospital beds or health expenditure. And, WHO notes that, while "rich" people tend to benefit more from the use of hospital and primary care services, "the distribution of primary care is almost always more beneficial to the poor than hospital care…." (WHO 2000, 16)

Nonetheless, *World Health Report 2000* advocates for all countries – developed and developing – a universal, publicly financed health system that encompasses everything from road safety to prevention to surgery. For WHO, "the ideal is largely to disconnect a household's financial contribution to the health care system from its health risks and separate it almost entirely from the use of needed services." (WHO 2000, 36) However, there are extensive studies that show that completely disconnecting use and costs is not necessary to ensure people's good health.

One of the most comprehensive studies of health insurance is that of the RAND Corp. More than 7,000 non-elderly families from six regions of the United States were assigned to different insurance plans and monitored over a period of three to five years. All of the plans had a limit on out-of-pocket expenditure and ranged from free care (zero coinsurance) to a variety of user-pay plans (with different coinsurance rates for different services). Two of the findings were that the *total* expenditure for the high-coinsurance group (95 percent) was well below that of the free-care group and that the different levels of maximum out-of-pocket spending did not result in significant differences in medical use. (Ramsay 1998)

The RAND study concluded that the increased use of services by the free-care group had little or no measurable effect on the health status and there was no significant difference between the groups in the risk of dying or measures of pain and worry. In only one instance was the free-care plan better, and that was for low-income people with high blood pressure. However, the researchers note that a "one-time screening examination achieved most of the gain in blood pressure that free care achieved." (Gratzer 1999, 124-125)

While the RAND study implies that targeted public interventions might be preferable than universal coverage, other analyses discount the idea of targeting health spending on low-income individuals or even on specific diseases, believing the practice to be ineffective. (Deaton 2002) Princeton University Professor Angus Deaton writes, "it is time that the educational debate was more cognizant of health benefits. As for income, there is a very strong case in poor countries, and among the poor in rich countries, for whom nutrition, nutritional-linked disease and poor housing are important determinants of adult and child health … [that] a policy of income provision to the poor may well be more effective than spending the same amount of public funds on a weak health care delivery system." (Deaton 2002, 27-28) Another study discusses the "fact that many of the conditions driving the need for [acute care] are preventable ought to draw attention to policy opportunities for promoting health." (McGinnis, Williams-Russo and Knickman 2002, 78)

Results such as these explain why all other industrialized nations have some type of private financing of services that are considered medically necessary by the somewhat mutable Canadian standard. Austrian ambulatory patients pay a quarterly fee for physician services; inpatients pay a fixed fee for all medication. Belgium inpatients pay a fixed daily fee for all medication received. In Germany, patients pay a fixed "hotel" fee, but are exempt from other co-payments while in hospital. Switzerland has an annual deductible for ambulatory care and a fixed daily rate for inpatient stays. (National Economic Research Associates 2001)

Every country attempts to mitigate the potential harmful effects of such cost-sharing measures, which include a potential redistribution of income from the poor and sick to the healthy and wealthy, and the lower use of health services by and worse health status of people with lower incomes. There are many studies, going years back, showing that cost-sharing mechanisms, such as user fees, can negatively impact certain populations. (For example, Beck 1974, 1980; Roemer et al. 1975; Evans 1993; and Ramsay 1998)

Because of these types of concerns, an alternative to traditional forms of cost-sharing, and one which would maintain the integrity of the *Canada Health Act*'s five principles, has been

recommended by some health care policy analysts and by Alberta's advisory council: medical savings accounts (MSAs). Proponents of this idea believe that transferring most of the coverage decisions to individuals and allowing an expanded role for the private sector will make the health care system more efficient and cost-effective at delivering care, while broadening coverage of services for all citizens. An in-depth discussion of the pros and cons of MSAs is beyond the scope of this paper, however, there are several detailed presentations on how MSAs work in other countries and how they could work in Canada. (For example, Standing Senate Committee January 2002*a*; Premier's Advisory Council on Health for Alberta 2001; Gratzer 1999; Litow and Muller 1998; Ramsay 1998; and Massaro and Wong 1996)

Framework for Determining Extent of Public Financing

1. Clarify the Purpose of the Health System

> A public health-care system is not there simply to maximize the amount of health in society (however we choose to measure health). It is not there merely to treat disease (however we choose to define disease). It is not there solely to meet health-care needs (however we choose to define health-care needs). And it is not there to ensure equality in health status (however we choose to conceptualize equality). The goal of a public health-care system is a complex composite of a range of goals … it becomes impossible to use a simple maximizing algorithm as a basis for the priority-setting system. (Holm 2000, 31-2)

There are interventions that maintain function at high cost (e.g., organ transplants), interventions that enhance quality of life (e.g., Viagra), heroic but marginally effective technologies (e.g., high-dose chemotherapy) and advances in genetic diagnosis and treatment. (Clancy and Danis 2000) As well, there are numerous non-medical factors that have been associated with health status, such as housing, income and education. There needs to be agreement on the priorities of the health system.

2. Decide Which Services to Evaluate

The rationing process produces trade-offs that cut along divisions created by budget structures (fee schedules), institutionalized interests (clinical specialties), ideology (personal versus collective responsibility for illness and care) and information (available evaluation research). (Giacomini 1999) Therefore, decision makers should consider the following questions about each trade-off before proceeding to the evaluation stage:

- *What is it?* Interventions and technologies with a given label (e.g., heart transplant, prenatal care) may have many manifestations of practice, function and effects.
- *What is it for?* At issue may not be the effectiveness of the service, but some less tractable question about the medicalization of problems or the legitimacy of recipients' needs. Services must be considered in terms of public policy goals and values.
- *How is it situated?* Interventions can be interdependent; restricting one may affect the other.
- *Whose is it?* Services/technologies have constituencies of innovators, marketers, users and beneficiaries who may influence the assessment contest, such as whether a technology is exempt from scrutiny, etc.
- *Who is it for?* The more narrowly defined a technology's boundaries, the more burden placed on users to supply the supporting structures that make it "work." For example, many innovations have not been tested on (or adapted to) women. (Giacomini 1999, 750-751)

3. Evaluate Cost-Effectiveness and Relevance of Programs and Services

Most countries use some form of cost-effectiveness analysis to determine which health care services to cover publicly. Increasingly, they are also evaluating the relevance of particular services to their system's goals.

> The most crucial – and controversial – question for evidence-based coverage policy concerns the adequacy of evidence.... One policy is to cover an intervention unless there is compelling evidence that it is more harmful than beneficial.... Another standard is the "best guess": cover if the preponderance of evidence, whether extensive or meagre, suggests that the technology is beneficial.... Judging the adequacy of evidence is often subjective.... (Garber 2001, 66-67)

In the United Kingdom, practitioners involved in the priority-setting process make a judgment about the effectiveness of an intervention if good quality evidence is unavailable. In New Zealand, consensus panels of expert professionals and community people are involved in decisions regarding the effectiveness of some treatments. (Edgar 2000) Most evidence-based coverage processes are flexible, balancing the need for rigor against the limitations of the state of medical knowledge. (Garber 2001)

Another concern is that priority-funding lists provide a very diverse mix of services from which it is often difficult to evaluate the implications in practice of the trade-offs presented. For example, Oregon covers services relating to treating diabetes, newborn care and medical therapy for psoriasis, but does not cover treatment of sexual dysfunction or treatment for cancers where the potential to improve survival is low. (Oregon Health Services Commission October 2001)

As well, cost-effectiveness criteria are not generally sufficient to determine whether to publicly insure a health service: lifestyle drugs, such as Viagra, are a case in point. Used to combat the symptoms of erectile dysfunction in men, Viagra has been shown to be effective. However, even if a very large number of patients benefited in terms of a higher quality of life, are Canadians willing to close a cardiac surgery unit in order to publicly fund Viagra? (Ferguson, 13 January 2002) In the United Kingdom, Viagra is only available from the NHS for certain clinical conditions. The U.K. decision makers have decided that the NHS is not obliged to subsidize this lifestyle drug for everyone who might benefit from it; they have determined that Viagra, in most cases, is not *relevant* to a publicly funded, universal service. (New 2000)

4. Involve the Public

Most Canadians strongly agree with the concept of a mainly publicly funded health care system and the principles of the *Canada Health Act*. However, Canadians' support for increased public spending on health care is conditional on the system being made more efficient, effective and accountable for how new spending will be used; there is support for reducing the scope of coverage if necessary. (Vail 2001) As well, 30 to 50 percent of Canadians are willing to consider options that allow increased private delivery and financing of health care to either preserve the public system or ensure access to quality care. (Vail 2001)

Another survey, reported in the *Medical Post*, found that Canadians are not interested in "dumping more money in to make the pie bigger," but "the idea that governments should fund all health services proven to improve health or quality of life received 90 percent approval." (Milne 2001) As to what these services should be, Canadians favoured diagnostic services, such as MRIs, acute care, long-term care, home and community care and illness prevention. Lower on the list were health promotion, prescription medications, end-of-life care and public health. (Milne 2001)

There are many potential areas for public involvement in the rationing process: the articulation of the ethos and values of the system, which health care services/treatments are publicly provided, which groups receive priority (e.g., elderly versus young) and the location of health service provision (e.g., institution versus community), for example. (Mullen 2000)

One challenge will be to educate citizens on the cost-effectiveness of various programs and services. As indicated by the *Medical Post* survey, many Canadians perceive universal access to acute care to be more valuable than access to public health. The importance of perception was evident in Oregon, where the initial deinsurance of organ transplantation was based on the popular belief that transplants are only marginally beneficial. Another common way of cursorily differentiating health care services is newness versus oldness: transplants and infertility treatments, for example, are included in almost every priority-setting exercise. (Giacomini 1999)

Another challenge will be to effectively manage the various lobby groups in Canada. Practitioners – chiropractors and massage therapists in British Columbia's most recent delisting exercise, for instance – have protested the move by governments to decrease public funding of the services they provide. Hospital employees have raised concerns over initiatives to privately provide auxiliary services. Physicians and hospitals have resisted attempts to cap their budgets. Residents have complained loudly when a hospital is closed in their area. These are but a few of the many groups that place demands on limited public sector funds.

The point to keep in mind is that the reasonableness and transparency of the approach to rationing are most important. The public can be involved in varying degrees but, at the least, the information and criteria on which the priority-setting decisions are based must be made publicly available. Once the funding decisions have been made – which procedures to cover or which practice guidelines to implement – individuals (patients, providers and those directly affected by the policy/choices) must have the right to challenge the decisions.

Bibliography

Alberta Health and Wellness. 31 May 2002. *Alberta Health Care Insurance Plan/Benefits*, <http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/benefits.htm> (12 June 2002).

Alter, David A. et al. 1999. Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine* 341, 1359-1367.

Angus Reid Group. October 1997. *Canadians' Perceptions of the Health Allowance System: Key Findings*, <http://www.nextcity.com/cpi/empowerment/Arkeyfindings.html> (28 December 2001).

Arnold, Tom. 13 July 2001. "Majority Open to Mix of Public, Private Health," *The National Post Online*, <http://www.nationalpost.com/> (24 July 2001).

Australian Department of Health and Aged Care. 18 January 2002. *Medicare Benefits Branch Home Page*, <http://www.health.gov.au/haf/branch/mbb/index.htm> (28 January 2002).

____. 9 May 2000. *Portfolio Budget Statements 2001-2002*, <http://www.health.gov.au> (29 January 2002).

Baxter, David. 2002. Population Matters: Demographics and Health Care in Canada, in *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*, edited by David Gratzer. Toronto: ECW Press, p. 135-172.

Baxter, David and Andrew Ramlo. 1998. *Healthy Choices: Demographics and Health Spending in Canada, 1980 to 2035*. Vancouver: Urban Futures Institute.

Beck, R. G. 1974. The Effects of Co-payment on the Poor. *The Journal of Human Resources* 9, 129-142.

Beck, R. G. and J. M. Horne. 1980. Utilization of Publicly Insured Health Services in Saskatchewan, During and After Copayment. *Medical Care* 18(8), 787-806.

Blendon, Robert J. et al. 2002. Inequities in Health Care: A Five-Country Survey. *Health Affairs* 21(3), 182-191.

Brimacombe, Glenn G., Pedro Antunes and Jane McIntyre. 2001. *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020: Balancing Affordability and Sustainability*. Ottawa: Conference Board of Canada.

British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. 6 May 2002. *Medical and Health Care Benefits*, <http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/infoben/benefits.html> (12 June 2002).

British Medical Association (BMA). December 1999. *Healthcare Funding Review*, <http://web.bma.org.uk/ public/polsreps.nsf/htmlpagesvw/hcfund> (28 January 2002).

Bureau of TennCare. 5 May 2002. *Tennessee Enrolment in TennCare*, <http://www.state.tn.us/tenncare/enrol-co.htm> (9 June 2002).

Canadian Association of Radiologists. 2000. *Outdated Radiology Equipment: A Diagnostic Crisis.* Special Ministerial Briefing. Saint Laurent: Canadian Association of Radiologists.

Canadian Institute of Actuaries. 21 March 2001. *Health Care in Canada: The Impact of Population Aging.* Submission to the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Toronto: Canadian Institute of Actuaries.

_____. 1995. *Troubled Tomorrows: The Report of the Canadian Institute of Actuaries' Task Force on Retirement Savings.* Toronto: Canadian Institute of Actuaries.

Canadian Institute for Health Information. 18 December 2001. *Total Health Care Spending Surpasses $100 Billion, Reports CIHI*, <http://www.cihi.ca/medrls/18dec2001.shtml> (29 January 2002).

Cancer Advocacy Coalition. 13 December 2001. *Report Card 2001 on Cancer Care in Canada*, <http://www.canceradvocacycoalition.com> (9 June 2002).

_____. *Mortality/Incidence Rates, 1993-1997*, <http://www.canceradvocacycoalition.com> (9 June 2002).

Carroll, R. J. et al. 1995. International Comparison of Waiting Times for Selected Cardiovascular Procedures. *Journal of the American College of Cardiology* 25, 557-563.

Clancy, Carolyn M. and Marion Danis. 2000. Setting Priorities "American Style," in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 52-59.

Collins-Nakai, R. L., H. A. Huysmans and H. E. Skully. 1992. Task Force 5: Access to Cardiovascular Care: An International Comparison. *Journal of the American College of Cardiology* 19, 1477-1485.

Conference Board of Canada. 2001. Finding a Future for Canada's Health Care System. *Performance and Potential, 2001-2002.* Ottawa: Conference Board of Canada.

Coulter, Angela and Chris Ham. 2000. Introduction: International Experience of Rationing (or Priority Setting) and Where Are We Now?, in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 1-12, 233-250.

Coyte, Peter et al. 1994. Waiting Times for Knee Replacement Surgery in the United States and Ontario. *The New England Journal of Medicine*, October 20.

Currie, R. J. November 2000. *Manitoba Centre for Health Policy Report: Waiting Times for Surgery: A Second Look*, <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports_97-00/waits2.htm> (9 June 2002).

Cutler, David M. and Mark McClellan. 2001. Is Technological Change in Medicine Worth It? *Health Affairs* 20(5), 11-29.

Daniels, Norman. 2000. Accountability for Reasonableness in Private and Public Health Insurance, in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 87-106.

Deaton, Angus. 2002. Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth. *Health Affairs* 20(2), 13-30.

Deber, R. et al. 1995. *The Public/Private Mix in Health Care*, Parts 1 and 2. Ottawa: National Forum on Health. <http://wwwnfh.hc-sc.gc.ca/publicat/issuesm/deber1.htm/> and <http://wwwnfh.hc-sc.gc.ca/publicat/issuesm/deber2.htm/> (20 January 2002).

Doan, Ngan. 2001. *MinnesotaCare Disenrollee Survey*. Presentation. St. Paul's: Minnesota Department of Health.

Dunlop, Sheryl, Peter C. Coyte and Warren McIsaac. 2000. Socio-economic Status and Utilisation of Physicians' Services: Results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine* 51(1), 123-133.

Edgar, Wendy. 2000. Rationing Health Care in New Zealand – How the Public Has a Say, in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 175-191.

El Feki, Shereen. 1998. Profile – Canadian Healthcare Struggles with Its Five Pillars of Faith, in *Healthcare International, 1st Quarter 1998*. London, England: The Economist Intelligence Unit, p. 34-66.

Emmerson, Carl, Christine Frayne and Alissa Goodman. 2000. *Pressures in U.K. Healthcare: Challenges for the NHS*. London: The Institute for Fiscal Studies.

Esmail, Nadeem. 2001. Canada's Abysmal Health Technology Record. *Fraser Forum* (November). Vancouver: The Fraser Institute, p. 24-26.

Evans, Bob. 1993. User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back. *Health Policy Research Unit* 93:9D. Vancouver: Health Policy Research Unit, University of British Columbia.

Feachem, Richard G. A., Neelam K. Sekhri and Karen L. White. 2002. Getting More for Their Dollar: A Comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal* 324, 135-141.

Frew, Stephen A. April 2001. *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)/Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) Resources Executive Summary* 2.9, <http://www.medlaw.com/handout.htm> (31 January 2002).

Fries, James F. et al. 1993. Reducing Health Care Costs by Reducing the Need and Demand for Medical Services. *New England Journal of Medicine* 329, 321-325.

Fuchs, Victor R. and Harold C. Sox Jr. 2001. Physicians' Views of the Relative Importance of Thirty Medical Innovations. *Health Affairs* 20(5), 30-42.

Garber, Alan M. 2001. Evidence-Based Coverage Policy. *Health Affairs* 20(5), 62-82.

Giacomini, Mita K. 1999. The *Which*-Hunt: Assembling Health Technologies for Assessment and Rationing. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 24.4, 715-758.

Goodman, John C. April 2001. Characteristics of an Ideal Health Care System. *Policy Report* 242. Dallas: National Center for Policy Analysis. <http://ncpa.org/pub/st/st242/> (8 June 2002).

Government of New Brunswick. 2002. *Public Health and Medical Services: Introduction*, <http://www.gnb.ca/0394/coverage-e.asp> (12 June 2002).

Government of Quebec. 2 November 2001. *Health*, <http://www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_en.html> (20 November 2001).

Gratzer, David, ed. 2002. *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*. Toronto: ECW Press.

_____. 1999. *Code Blue: Reviving Canada's Health-Care System*. Toronto: ECW Press.

Griffiths, Sian, John Reynolds and Tony Hope. 2000. Priority Setting in Practice, in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 203-213.

Ham, Chris. 1996. Learning from the Tigers: Stakeholder Health Care. *Lancet* 347, 951-953.

Harding, April and Alexander S. Preker. 2000. *The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory*. Washington, D.C.: The World Bank.

Health Care Financing Administration (HCFA). 2001*a*. *Medicaid*, <http://www.hcfa.gov.medicaid/medicaid.htm> (28 January 2002).

_____. 2001*b*. *Medicaid Services*, <http://www.hcfa.gov/medicaid/mservice.htm> (28 January 2002).

_____. 2001*c*. *Medicare*, <http://www.hcfa.gov.medicare/medicare.htm> (28 January 2002).

_____. 2001*d*. *Medicare Coverage Policy – Coverage Process*, <http://www.hcfa.gov/coverage/8a2.htm> (28 January 2002).

_____. 2001*e*. *Medicare Coverage Policy – Home Page*, <http://www.hcfa.gov/coverage/> (28 January 2002).

_____. 2001*f*. *Your Medicare Benefits: Your Health Care Coverage in the Original Medicare Plan for... Part A (Hospital Insurance), Part B (Medical Insurance) Including Preventive Services*. Baltimore: United States Department of Health and Human Services.

Health Insurance Commission. 13 December 2001. *About Medicare*, <http://www.hic.gov.au/yourhealth/our_services/am.htm> (29 January 2002).

Herrick, Devon. 15 November 2001. Uninsured by Choice. *Briefing Analysis* 379. Dallas: National Center for Policy Analysis.

Holm, Søren. 2000. Developments in the Nordic Countries – Goodbye to the Simple Solutions, in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 29-37.

Hsiao, William C. 1995. Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore. *Health Affairs* Summer, 260-266.

Hunter, Justine. 7 July 2001. "36% Back Two-Tier Health: Poll," *The National Post Online*, <http://www.nationalpost.com/> (24 July 2001).

Jackson, N. W., M. P. Doogue and J. M. Elliott. 1999. Priority Points and Cardiac Events While Waiting for Coronary Artery Bypass Surgery. *Heart* 81, 367-373.

Kaiser Family Foundation. 2002. *State Health Facts Online*, <http://statehealthfacts.kff.org/> (9 June 2002).

Klein, Rudolph and Alan Williams. 2000. Setting Priorities: What Is Holding Us Back – Inadequate Information or Inadequate Institutions?, in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 15-26.

Kronick, Richard and Todd Gilmer. 2002. Insuring Low-Income Adults: Does Public Coverage Crowd Out Private? *Health Affairs* 21(1), 225-238.

Lichtenberg, Frank R. 2001. Are the Benefits of Newer Drugs Worth Their Cost? Evidence from the 1996 MEPS. *Health Affairs* 20(5), 241-251.

Litow, Mark E. and Stacey V. Muller. 1998. *Feasibility of Health Care Allowances in Canada*. Ontario: Consumer Policy Institute.

Lyons, William and William F. Fox. 2001. *The Impact of TennCare: A Survey of Recipients*. Knoxville: Tenncare.

Mackillop, W. J. 1994. Waiting for Radiotherapy in Canada and the U. S., presented at the 36th Annual American Society for Therapeutic Radiology in San Francisco (Oct. 3).

Mackillop, W. J. et al. 1997. Socioeconomic Status and Cancer Survival in Ontario. *Journal of Clinical Oncology* 15, 1680-1689.

Manitoba Health. 2002. *Manitoba Health Services Insurance Plan*, <http://www.gov.mb.ca/health/mhsip/index.html> (16 November 2001).

Marmot, Michael. 2002. The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist. *Health Affairs* 20(2), 31-46.

Martin, Douglas K. and Peter A. Singer. 2000. Priority Setting and Health Technology Assessment: Beyond Evidence-Based Medicine and Cost-Effectiveness Analysis, in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 135-145.

Massaro, Thomas and Yu-Ning Wong. 1996. Medical Savings Accounts: The Singapore Experience. *Policy Report* 203. Dallas: National Center for Policy Analysis.

Mayo, Nancy E. et al. 2001. Waiting Time for Breast Cancer Surgery in Quebec. *Canadian Medical Association Journal* 164, 1133-1138.

McGinnis, Michael J., Pamela Williams-Russo and James R. Knickman. 2002. The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. *Health Affairs* 20(2), 78-93.

McMahon, Fred and Martin Zelder. 2002. Making Health Spending Work. *Public Policy Sources* 54. Vancouver: The Fraser Institute.

Miller, Tom. 7 January 1996. "MSAs – Panacea or Placebo?" *Competitive Enterprise Institute Update Article*, <http://cei.org/UpdateReader.asp?ID=261> (26 April 2001).

Milne, Celia. 2001. "More Questions Than Answers in Health Funding," *The Medical Post Online* 37(37), <http://www.medicalpost.com/> (28 December 2001).

Minnesota Department of Health and the School of Public Health, University of Minnesota. April 2002. *Minnesota's Uninsured: Findings from the 2001 Health Access Survey*. St. Paul's: Minnesota Department of Health.

Moulton, Donalee. 12 July 1998. "Bladder Cancer Survival Affected by Long Canadian Waiting Lists," *The Medical Post*, p. 5.

Mullen, Penelope M. 2000. Public Involvement in Health Care Priority Setting: Are the Methods Appropriate and Valid?, in *The Global Challenge of Health Care Rationing*, edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 163-174.

Musgrove, Philip. 1996. *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. Washington, D. C.: World Bank.

National Center for Health Statistics. 1999. *Health, United States, 1999, with Health and Aging Chartbook*. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.

National Economic Research Associates. 8 June 2001. "Funding U.K. Health Care." *Breaking News*, <http://www.nera.com/_template.cfm?c=6168&o=3583> (28 January 2002).

_____. 1997. *The Health Care System in Singapore.* United Kingdom: National Economic Research Associates.

National Forum on Health. 1995. *The Public and Private Financing of Canada's Health System*. Ottawa: Health Canada. <http://wwwnfh.hc-sc.gc.ca/publicat/public/> (10 January 2002).

New, Bill. 2000. *What Business Is the NHS in? Establishing the Boundary of a Health Care System's Responsibility.* London: Institute for Public Policy Research.

Newfoundland Department of Health and Community Services. 1999. *Medical Care Plan* and *Newfoundland Hospital Insurance Plan*, <http://www.gov.nf.ca/mcp/html/> (12 June 2002).

New Zealand Ministry of Health. 2001*a*. *Guide to Eligibility for Publicly Funded Personal Health and Disability Services in New Zealand*, <www.moh.govt.nz/moh.nsf/wpgIndex/About-FAQs+Contents> (29 January 2002).

_____. 2001*b*. *An Overview of the Health and Disability Sector in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health.

Nova Scotia Department of Health. 2001. *Insured Health Services in Nova Scotia*. Halifax: Department of Health.

Oberlander, Jonathan, Theodore Marmor and Lawrence Jacobs. 2001. Rationing Medical Care: Rhetoric and Reality in the Oregon Health Plan. *Canadian Medical Association Journal* 164(11), 1583-1587.

Office of Medical Assistance Programs, Oregon Department of Human Services. 2 April 2001. *The Oregon Health Plan: It May be for You*, <http://www.omap.hr.state.or.us/ohp/3256_0401.html> (28 January 2002).

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. 1 September 2000. *OHIP Facts*, <http://www.gov.on.ca/MOH/english/pub/ohip/services.htm> (20 November 2001).

Oregon Health Services Commission. 2001. *Oregon Health Services Commission Report: Prioritized List of Packages for OHP Standard*. Salem: Office of Oregon Health Policy and Research.

_____. 1 October 2001. *Prioritized List of Health Services*, <http://www.ohppr.state.or.us/hsc/index_hsc.htm> (28 January 2002).

Premier's Advisory Council on Health for Alberta. December 2001. *A Framework for Reform*, <http://www2.gov.ab.ca/home/health_first/documents/> (10 January 2002).

Prince Edward Island Department of Health and Social Services. 2001. *Hospital and Medical Services Insurance*. Charlottetown: Department of Health and Social Services.

Ramsay, Cynthia. 2001. *Beyond the Public-Private Debate: An Examination of Quality, Access and Costs in the Health-Care Systems of Eight Countries*. Vancouver: Western Sky Communications Ltd.

_____. 1998. *Medical Savings Accounts: Universal, Accessible, Portable, Comprehensive Health Care for Canadians*. Vancouver: The Fraser Institute.

Ramsay, Cynthia and Michael Walker. 1996. A Thriving Health Care Sector Could Contribute to a Healthy Economy. *Fraser Forum* (October). Vancouver: The Fraser Institute, p. 17-21.

Roemer, M. et al. 1975. Copayments for Ambulatory Care: Penny-Wise and Pound-Foolish. *Medical Care* 13(6), 457-466.

Saskatchewan Health. 2001. *The Action Plan for Saskatchewan Health Care*. Regina: Saskatchewan Health.

_____. 2000. *Coverage*, <http://www.health.gov.sk.ca/ps_coverage_full.html> (16 November 2001).

Sawyer, Douglas M. and John R. Williams. 1995. Core and Comprehensive Health Care Services: 3. Ethical Issues. *The Canadian Medical Association Journal* 152, <http://www.cma.ca/cmaj/vol-152/issue-9/1409.htm> (20 January 2002).

Scandlen, Greg. 7 September 2001. Propping Up SCHIP: Will This Program Ever Work? *Briefing Analysis* 371. Dallas: National Center for Policy Analysis.

Singapore Ministry of Health, Strategic Planning Branch, Policy and Development Division. February 2001. *About the Ministry of Health in Singapore*, <http://www.gov.sg/moh/mohinfo_a.html> (14 November 2001).

Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. April 2002. Volume Five: Principles and Recommendations for Reform – Part 1. *The Health of Canadians – The Federal Role*. Ottawa: The Senate.

_____. January 2002*a*. Volume Three: Health Care Systems in Other Countries. *The Health of Canadians – The Federal Role*. Ottawa: The Senate.

_____. January 2002*b*. Volume Two: Current Trends and Future Challenges. *The Health of Canadians – The Federal Role*. Ottawa: The Senate.

Strategic Policy Directorate, Population and Public Health Branch. 2001. *The Population Health Template: Key Elements and Actions that Define a Population Health Approach* (July draft). Ottawa: Health Canada.

Syme, S. Leonard, Bonnie Lefkowitz and Barbara Kivimae Krimgold. 2002. Incorporating Socioeconomic Factors into U.S. Health Policy: Addressing the Barriers. *Health Affairs* 20(2), 113-118.

Szick, Sharon et al. 1999. Health Care Delivery in Canada and the United States: Are There Relevant Differences in Health Outcomes. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences.

Tengs, Tammy O. 1996. An Evaluation of Oregon's Medicaid Rationing Algorithms. *Health Economics* 5, 171-181.

Tuohy, Carolyn Hughes. 2002. The Costs of Constraint and Prospects for Health Care Reform in Canada. *Health Affairs* 21(3), 32-46.

United Kingdom Department of Health. 27 July 2001. *The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform*, <http://doh.gov.uk/nhsplan/> (28 January 2002).

Vail, Stephen. 2001. *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*. Ottawa: Conference Board of Canada.

Walker, Michael and Greg Wilson. 2001. *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada* 11. Vancouver: The Fraser Institute.

Walters, David J. and Donald A. Morgan. 1995. Core and Comprehensive Health Care Services: 2. Quality of Care Issues. *The Canadian Medical Association Journal* 152, <http://www.cma.ca/cmaj/vol-152/issue-8/1199.htm> (20 January 2002).

Washington State Health Care Authority. 2002*a*. *2002 Basic Health Member Handbook*. Olympia: Washington State Health Care Authority.

_____. 2002*b*. *How Much Will Basic Health Coverage Cost?* <http://www.wa.gov/hca/basichealth.htm> (9 June 2002).

Williams, John R. 1997. CMA's Core-Services Framework Featured at International Conference. *The Canadian Medical Association Journal* 156, <http://www.cma.ca/cmaj/vol-156/issue-8/1192.htm> (20 January 2002).

Williams, John R. and Michael Yeo. 2000. The Ethics of Decentralizing Health Care Priority Setting in Canada, in *The Global Challenge of Health Care Rationing,* edited by Angela Coulter and Chris Ham. Buckingham and Philadelphia: Open University Press, p. 123-132.

Wilson, Ruth, Margo S. Rowan and Jennifer Henderson. 1995. Core and Comprehensive Health Care Services: 1. Introduction to the Canadian Medical Association's Decision-Making Framework. *The Canadian Medical Association Journal* 152, <http://www.cma.ca/cmaj/vol-152/issue-7/1063.htm> (20 January 2002).

World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.

Interviews and Personal Communications

Ferguson, Brian, associate professor, Department of Economics, University of Guelph. 7 January 2002. E-mail.

Ferguson, Brian, associate professor, Department of Economics, University of Guelph. 13 January 2002. E-mail.

Witt, Julia, Ph.D. candidate, Department of Economics, University of Guelph. 14 January 2002. E-mail.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 16

Un cadre de détermination de l'ampleur du financement public des programmes et services

par
Cynthia Ramsay
Elm Consulting, Vancouver

août 2002

N° de catalogue CP32-79/16-2002F-IN

ISBN 0-662-87716-0

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

Introduction 1

Financement public des soins de santé 2
- Le financement des soins de santé au Canada 2
- Quelques méthodes proposées pour déterminer les priorités au Canada 4
- Comment les autres pays déterminent-ils les mécanismes de financement public? 5
- Les leçons de l'expérience internationale pour le Canada 14

Accès, qualité, coûts et financement public des soins de santé 16
- Accès 17
- Qualité 19
- Coûts 19
- Financement public ou privé *vs* état de santé de la population 21

Cadre devant servir à déterminer l'ampleur du financement public 24
1. Clarifier le but du système de santé 24
2. Décider des services à évaluer 24
3. Évaluer la rentabilité et la pertinence des programmes et services 25
4. Faire participer le public 26

Bibliographie 28

Points saillants

- L'objectif d'un système de soins de santé durable, de bonne qualité et universel oblige à examiner le mode de répartition du financement public des soins de santé et à déterminer si les fonds sont « bien dépensés ».

- Le concept qu'on retrouve au coeur de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), la nécessité médicale, n'a pas été officiellement clarifié, de sorte que l'ampleur de l'assurance publique varie d'une province à une autre. Seuls les gouvernements de l'Alberta et du Québec ont déclaré qu'ils mettront sur pied un groupe d'experts pour examiner ceux des services de santé et des traitements qui sont assurés par le secteur public et pour prendre des décisions sur ce sujet.

- La plupart des pays industrialisés procèdent explicitement depuis des années au rationnement des soins de santé. Les méthodes vont d'une tentative de rédaction d'une liste spécifique de services (Oregon) à la détermination de lignes directrices relatives aux décisions en matière de rationnement (Nouvelle-Zélande).

- Il est improbable que les services de santé soient abolis dans le but de réaliser des économies substantielles pour le secteur public.

- Tandis que le dosage du financement public et privé a été associé aux inégalités en matière de soins de santé, le lien le plus probable se situe entre l'état de santé et le fait d'avoir une certaine assurance, qu'elle soit publique ou privée.

- En ce qui a trait à l'accès, à la qualité et aux résultats du système de santé, le Canada se classe mieux que certains pays et moins bien que certains autres. Il n'existe pas de démarcation claire entre le financement public et le financement privé.

- L'exercice relatif au choix des services de santé à financer avec des fonds publics devrait commencer par un examen de l'importance relative des objectifs du système. Aussi, faut-il disposer d'une approche raisonnée de détermination des services ou des programmes à envisager. Le processus d'évaluation devrait comporter une analyse coûts-efficacité et tenir compte de la pertinence du service en ce qui a trait aux objectifs du système. Le public devrait participer à l'établissement des priorités.

Sommaire

Selon les projections du Conference Board du Canada, les dépenses publiques exprimées en pourcentage des recettes publiques totales des provinces et des territoires vont passer de 31,1 % en 2000 à 42,0 % d'ici 2020, ce qui entraînera une diminution du financement disponible pour d'autres programmes sociaux et des initiatives du gouvernement. De même, divers autres analystes et organisations se préoccupent des pressions financières qui s'exercent sur le système de santé; notamment les progrès technologiques, l'apparition de nouveaux médicaments, le vieillissement de la population. Dans ce contexte, l'objectif d'un système de soins de santé durable, de bonne qualité et universel oblige à examiner le mode de répartition du financement public des soins de santé et à déterminer si les fonds sont « bien dépensés ».

En général, les services hospitaliers et médicaux sont financés par des deniers publics, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). Toutefois, le concept de nécessité médicale qu'on retrouve au coeur de cette loi n'a pas été officiellement clarifié, de sorte que l'ampleur de l'assurance publique varie d'une province à une autre. Par exemple, seulement quelques provinces couvrent les soins de santé dispensés par des fournisseurs autres que les médecins, et seulement certaines d'entre elles couvrent les appareils auditifs pour certains groupes d'âges, tandis que varie la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance. Cela en soi n'est peut-être pas problématique, mais il pose la question de savoir s'il est désirable et/ou faisable d'élaborer un cadre plus structuré en vue de décider de la nature et de l'ampleur du financement public des soins de santé. Jusqu'ici, seuls les gouvernements de l'Alberta et du Québec ont déclaré qu'ils mettront sur pied un groupe d'experts pour examiner ceux des services de santé et des traitements qui seront financés par le secteur public et pour prendre des décisions sur ce sujet.

Le présent document examine la question du financement public dans une perspective macroéconomique. Premièrement, il donne une vue d'ensemble des soins de santé actuellement payés par les secteurs publics et privés au Canada et décrit la manière dont les questions de financement sont réglées dans divers autres pays. Il examine ensuite le lien existant entre, d'une part, la source du financement et, d'autre part, la qualité, l'accessibilité et les coûts des services. Enfin, il propose un cadre général devant servir à la prise de décisions relatives au financement public.

Comment les autres pays déterminent-ils les mécanismes publics de financement?

La plupart des pays industrialisés procèdent explicitement depuis des années au rationnement des soins de santé. Les méthodes varient considérablement, allant de la tentative de rédaction d'une liste spécifique de services (Oregon) à la mise sur pied d'un comité national qui prend les principales décisions exigeant une certaine participation du secteur public (États-Unis, Royaume-Uni et Australie), à un système dans lequel le gouvernement prend les décisions sans guère solliciter l'avis du public (Singapour) et au recours aux lignes directrices (Nouvelle-Zélande).

Tous les pays estiment que l'établissement de priorités en matière de soins de santé ne peut se faire systématiquement à partir de la seule analyse coûts-avantages. De même, il est peu probable que l'abolition des services de santé entraîne des économies considérables.

Accès, qualité, coûts et financement public des soins de santé

Tandis qu'un grand nombre d'analystes estiment que c'est le dosage du financement public et privé qui cause des inégalités en matière de santé, le lien le plus probable est celui qui existe entre l'état de santé et le fait d'être assuré, que ce soit par le régime public ou privé. Il existe des différences entre l'utilisation des soins de santé par les assurés et par les non-assurés, ainsi qu'entre les résultats obtenus par les uns et par les autres en matière de santé. Mais un grand nombre d'études indiquent qu'il n'existe pas nécessairement de corrélation entre l'état de santé et l'accès au système médical et que l'état de santé est lié davantage au revenu, à l'instruction et à l'accès aux programmes publics de santé tels que l'immunisation, le dépistage, etc.

En ce qui a trait à l'accès, à la qualité et aux résultats du système de santé, le Canada se classe mieux que certains pays et moins bien que certains autres. Le Canada dépense davantage au chapitre des soins de santé que la plupart des pays industrialisés, mais on ne connaît pas avec certitude l'incidence que cela a sur l'état de santé des Canadiens.

Cadre de détermination de l'ampleur du financement public

1. Clarification du but du système de santé

Avant d'examiner lesquels des soins de santé doivent être financés par le secteur public, il faut s'entendre sur l'importance relative des objectifs du système de santé : assurer la meilleure santé possible à la population, traiter les maladies, satisfaire les besoins en soins de santé ou assurer l'égalité au chapitre de l'état de santé. De même, il y a des interventions qui maintiennent la fonction à un coût élevé, des interventions qui peuvent servir à améliorer la qualité de la vie, des technologies héroïques mais d'une efficacité minime, des avancées en cours dans les diagnostics génétiques et le traitement et de nombreux facteurs socio-économiques associés à l'état de santé, notamment le logement, le revenu et l'instruction.

2. Décision relative aux services à évaluer

Avant de passer au stade de l'évaluation, les décideurs et ceux qui financent devraient se poser les questions suivantes au sujet du programme et des arbitrages entre les services :

1. *De quoi s'agit-il?* Les interventions (p. ex., une greffe du coeur) et les techniques médicales et de diagnostic varient en pratique selon la méthode, la fonction et les effets.

2. *À quelles fins fournit-on les services?* Les services doivent être considérés en fonction des objectifs des politiques publiques et des valeurs. Il est possible que se pose le problème de

l'efficacité du service, mais il peut exister aussi des préoccupations moins tangibles relatives à la médicalisation des problèmes ou à la légitimité des besoins des bénéficiaires des services.

3. *Quels sont les liens entre les services?* Les interventions peuvent être interdépendantes; le fait d'en restreindre une peut en affecter une autre.

4. *À qui appartiennent les services?* Les lobbyistes et les groupes d'intérêts peuvent influencer le processus d'évaluation.

5. *À qui s'adressent les services?* Certains services et certaines technologies peuvent donner de meilleurs résultats au sein de populations particulières.

3. *Évaluation de la relation coûts-efficacité et pertinence des programmes et services*

Il y aurait lieu d'utiliser une certaine analyse coûts-efficacité pour déterminer les services de santé à couvrir par le régime public, en tenant compte à la fois du besoin de rigueur et des limites de l'état des connaissances médicales. Il convient également de déterminer la pertinence des services particuliers au regard des objectifs du système de santé. Par exemple, les décideurs ont jugé au Royaume-Uni que le National Health Service (NHS) n'est pas tenu de subventionner un médicament lié au mode de vie, comme le Viagra pour tous ceux qui peuvent en profiter. Ils estiment que la prise en charge du Viagra n'est pas *appropriée* dans la plupart des cas pour un service universel financé à même les fonds publics.

4. *Participation du public*

Les priorités sont établies à divers niveaux : les gouvernements fédéral et provinciaux déterminent les priorités et les budgets; le financement est réparti entre les secteurs géographiques et les spécialités. Il faut décider du choix des services à offrir, de la manière de les fournir et des citoyens qui en bénéficieront. En outre, il y a des décisions à prendre au sujet du montant à consacrer aux patients pris individuellement. Les réponses à ces questions indiquent un certain nombre de domaines de participation potentiels du public dans la prise de décision, notamment la définition des valeurs du système et la détermination des groupes ou des traitements qui recevront la priorité. Les particuliers (patients, fournisseurs de services et ceux qui sont directement affectés par la politique ou pour les choix effectués) doivent avoir le droit de contester toutes les décisions de rationnement.

Introduction

Les dépenses du secteur public, qui constituent près de 73 % de l'ensemble des dépenses consacrées à la santé, représentent environ 30 % des recettes totales des gouvernements au Canada (Institut canadien d'information sur les soins de santé, 2001; Conference Board du Canada, 2001). Selon les projections du Conference Board du Canada, les dépenses publiques exprimées en pourcentage des recettes publiques totales des provinces et des territoires vont passer de 31,1 % en 2000 à 42,0 % d'ici 2020, ce qui entraînera une diminution du financement disponible pour d'autres programmes sociaux et des initiatives du gouvernement (Conference Board du Canada, 2001). De même, divers autres analystes et organisations se préoccupent des pressions financières qui s'exercent sur le système de santé : les progrès technologiques, l'apparition de nouveaux médicaments, le vieillissement de la population, etc. (Baxter, 2002; Comité permanent du Sénat, avril 2002; Baxter et Ramlo, 1998; Institut canadien des actuaires, 2001 et 1995) . Dans ce contexte, l'objectif d'un système de soins de santé durable, de bonne qualité et universel oblige à examiner le mode de répartition du financement public des soins de santé et à déterminer si les fonds sont « bien dépensés ».

En général, les services hospitaliers et médicaux sont financés par des deniers publics, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé* (LCS). Toutefois, le concept de nécessité médicale qu'on retrouve au cœur de cette loi n'a pas été officiellement clarifié, et la couverture accordée par les régimes publics varie d'une province à l'autre, même pour des services dispensés en milieu hospitalier, en ce qui concerne par exemple certaines prothèses et les béquilles (Prince Edward Island Department of Health and Social Services, 2001). Cela en soi n'est peut-être pas problématique, mais il pose la question de savoir s'il est désirable et/ou faisable d'élaborer un cadre plus structuré en vue de décider de la nature et de l'ampleur du financement public des soins de santé.

Le présent document examine la question du financement public dans une perspective macro-économique. Premièrement, il donne une vue d'ensemble des soins de santé actuellement payés par les secteurs publics et privés au Canada et décrit la manière dont les questions de financement sont réglées dans divers autres pays. Il examine ensuite le lien existant entre la qualité, l'accessibilité et les coûts des services. Enfin, il propose un cadre général devant servir à la prise de décisions relatives au financement public.

Financement public des soins de santé

Le financement des soins de santé au Canada

L'ensemble des dépenses au titre de la santé a été estimé à près de 96 milliards de dollars pour 2000 et à plus de 102 milliards de dollars pour 2001. La part du secteur public dans les dépenses de santé est passée de 70,2 % en 1997 à 72,6 % en 2001 (Institut canadien d'information sur la santé, 2001). Le Tableau 1 illustre la structure fondamentale du financement des soins de santé au Canada.

Tableau 1
Financement des soins de santé au Canada

Service	Méthode(s) de financement
Hôpitaux	Financement public à 100 % pour les services médicalement nécessaires; paiement privé dans le cas des chambres à tarif supérieur ou des services médicalement nécessaires fournis dans des hôpitaux.
Cliniques privées	Financement à titre privé dans le cas de services non considérés comme médicalement nécessaires.
Soins à long terme	Mixte
Soins à domicile	Couverture publique partielle dans la plupart des provinces.
Médecins	Financement public à 100 % pour les services médicalement nécessaires; paiement à l'acte dans la majorité des cas, avec un certain salaire et des paiements par capitation; paiement privé pour les services non médicalement nécessaires.
Autres professionnels de la santé	Financement privé principalement (assurance et poche du patient) certains services sont couverts par les régimes provinciaux pour les soins à long terme ou à domicile.
Médicaments délivrés sur ordonnance	Financement mixte : médicaments dispensés dans les hôpitaux couverts par les budgets alloués aux hôpitaux par les gouvernements; les régimes provinciaux paient un pourcentage important des médicaments dispensés en dehors des hôpitaux. La couverture est généralement limitée aux populations ciblées, le restant est financé à titre privé.
Médicaments non délivrés sur ordonnance	Financement privé
Soins dentaires et optométriste	Financement privé principalement; certaines provinces envisagent de couvrir certains services aux enfants et aux personnes âgées.
Médecines douces	Financement privé principalement; couverture limitée par certains régimes provinciaux.
Services d'ambulance	Financement public en partie dans certaines provinces; programmes spéciaux pour les résidents dans les régions éloignées.
Programmes publics de santé	Financement public
Santé des Premières Nations	Le secteur public fournit directement certains services.

Sources : El Feki, 1998, 38; Forum national sur la santé, 1995; Newfoundland Department of Health and Community Services, 1999; Prince Edward Island Department of Health and Social Services, 2001; Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2002; Nova Scotia Department of Health, 2001; Gouvernement du Québec, 2001; Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, 2000; Manitoba Health, 2002; Saskatchewan Health, 2000; Alberta Health and Wellness, 2002; British Columbia Ministry of Health, 2002

La plupart des provinces ne couvrent qu'une portion des frais réclamés par les chiropraticiens et par les fournisseurs de soins de santé autres que les médecins. Seulement certaines provinces couvrent les aides à l'audition pour certains groupes d'âges, tandis que varie la couverture des médicaments délivrés sur ordonnance. La plupart des régimes d'assurance provinciale ne couvrent pas l'acuponcture, la naturopathie, les chirurgies cosmétiques, les examens physiques effectués aux fins d'un emploi ou de l'assurance et les reperméabilisations tubaires. Au sujet de ces différences, un document publié par le Forum national sur la santé (1995) a posé les questions suivantes : Quelle serait la meilleure façon pour les régimes d'assurance provinciaux de définir « médicalement nécessaire »? Sur quelles preuves devrait-on fonder les décisions relatives à l'assurance des services?

Depuis que le Forum a posé ces questions, des efforts considérables ont été faits pour y répondre et pour construire un cadre devant servir à déterminer les principaux services. Toutefois, de nombreuses méthodes ont été proposées, et peu de provinces ont dit qu'elles allaient examiner sérieusement le problème.

Tout récemment, le gouvernement de l'Alberta a accepté toutes les recommandations de réforme proposées par un conseil consultatif. Ce conseil a déclaré que la LCS n'a jamais été conçue pour couvrir la gamme complète des services de santé maintenant disponibles mais, qu'au fil des ans, un grand nombre de nouveaux traitements et de technologies ont été ajoutés à la liste des services assurés. En général, les décisions entraînent une évaluation de la technologie, une analyse d'impact, des consultations d'experts, des examens par le gouvernement, l'élaboration, au besoin, d'une législation, l'examen par la législature ou le gouvernement, puis la mise en oeuvre de cette législation. En fin de compte, la décision relative au financement est prise par le ministre de la santé ou par le gouvernement dans son ensemble (Premier's Advisory Council, 2001).

Comme il est fort probable que se maintiendra la pression visant à ajouter davantage de traitements, de programmes et de médicaments à la liste des services assurés, le gouvernement doit reconsidérer la question de savoir ce qui sera assuré et ce qui ne le sera pas et décider des services qui pourraient être financés d'une autre façon. Une des propositions du conseil consultatif consiste à établir un groupe permanent d'experts qui examinerait et prendrait les décisions relatives à la détermination des services de santé et des traitements qui seront financés avec des fonds publics. Le groupe d'experts commencera à examiner les grandes catégories de services actuellement dispensés et va déterminer ceux qui devraient bénéficier d'une clause de droits acquis pour continuer à recevoir un financement public (Premier's Advisory Council, 2001).

Au Québec, la Commission Clair a également recommandé la création d'un comité permanent qui serait chargé d'examiner et de décider quels services seront assurés par le secteur public (Comité permanent du Sénat, avril 2002). La Saskatchewan est également en train de prendre des mesures pour formaliser un financement des soins de santé fondé sur des données cliniques et de promouvoir des pratiques efficaces dans tous les aspects du système (Saskatchewan Health, 2001).

Une rationalisation des services n'est pas facile à réaliser. L'initiative de désassurance tentée en Ontario en 1994 illustre la variété des principes et des intérêts en cause dans un tel processus. Cette initiative faisait partie d'un accord entre l'Ontario Medical Association (OMA) et le ministère de la Santé pour couper de 20 millions de dollars le budget des services. Cette entente devait permettre de s'en tenir au montant alloué à la profession, auquel on venait d'imposer un plafond. Les services à désassurer avaient été désignés par l'OMA et le ministère et ils avaient été examinés par une commission spéciale. Comme la LCS impose aux provinces l'obligation d'assurer tous les soins médicaux nécessaires, les services à désassurer avaient semblé être « non nécessaires » dans une certaine mesure, les chirurgies plastique par exemple. En outre, comme les services désassurés seraient privatisés, l'existence ou la possibilité de création d'un marché privé a aidé à signaler certains choix. L'exercice a été difficile et on assiste maintenant à des tentatives d'inclure le public dans la prise de décisions. Néanmoins, même le président de la commission qui a passé en revue les services proposés pour la désassurance a qualifié la sélection finale de « bizarre » (Giacomini 1999, p. 728-730).

Quelques méthodes proposées pour déterminer les priorités au Canada

John Williams et Michael Yeo, éthiciens à l'Association médicale canadienne, ont présenté quelques suggestions générales au sujet de l'établissement des priorités au Canada :

- Les conseils régionaux et les gouvernements fédéral et provinciaux devraient clarifier les valeurs et les principes devant présider l'établissement de leurs priorités en ce qui concerne à la fois les buts en matière de santé et de soins de santé et les moyens de les réaliser.

- La prise de décision devrait être transparente à tous les niveaux et se prêter à un examen minutieux.

- Il faudrait élaborer des programmes d'information du public pour préparer ce dernier à participer à l'établissement des priorités et imposer aux décideurs l'obligation de rendre compte (Williams et Yeo, 2000, p. 132).

L'Association médicale canadienne et le projet d'intégralité

L'Association médicale canadienne (AMC) a élaboré un cadre pour la prise de décisions relatives aux principaux soins de santé financés par les deniers publics. L'Association utilise les expressions « services principaux », « médicaux » et « optionnels » plutôt que l'expression « médicalement nécessaire ». Elle estime qu'il y a trois facteurs clés dans la prise de décision : la qualité des soins (l'efficacité, l'adéquation, l'efficience, l'acceptation par le patient et la sécurité), l'éthique (l'équité, l'âge, le mode de vie, le patient identifiable au lieu du patient statistique et la futilité) et les facteurs économiques (l'analyse coûts-efficacité). L'Association déclare qu'un processus éthique reconnaît que les décisions sont prises entre les patients et les médecins, dans la communauté ou par la société et par les gouvernements. Elle préconise une

participation du public dans la prise de décision (Wilson, Rowan et Henderson, 1995; Walters et Morgan, 1995; Sawyer et Williams, 1995). Le modèle de l'ACM a été utilisé pour la première fois pour formuler des recommandations au sujet de trois problèmes cliniques : le dépistage de l'antigène prostatique spécifique, la gastroplastie et l'examen physique annuel (Deber et coll., 1995, deuxième partie).

Le modèle à quatre volets

Le document publié en 1995 par Deber et coll. sous le titre *The Public/Private Mix in Health Care* propose un modèle à quatre volets (le modèle Deber-Ross) servant à établir l'ordre de priorité des décisions de financement du gouvernement dans le domaine des soins de santé. Les décisions au sujet de la couverture sont prises avant de passer aux quatre étapes et seules les interventions qui sont passées par la première peuvent être envisagées à celle de la deuxième. La première (celle de l'efficacité) consiste à examiner si l'intervention fonctionne. La deuxième (celle de l'adéquation) porte sur l'information relative aux risques et aux avantages pour les individus. La troisième (celle du choix basé sur l'information) tient compte des points de vue des bénéficiaires des soins, tandis que la quatrième (celle de la prestation publique) consiste à se demander si un tiers devrait payer pour l'intervention. Cette décision oblige à tenir compte de facteurs tels que la minimisation des coûts, les valeurs sociales et l'évolution du savoir (Deber et coll., 1995, deuxième partie).

Le modèle commence au niveau de l'individu, mais sa mise en oeuvre est simplifiée s'il est ensuite agrégé en vue de déterminer un budget global. Au lieu d'énumérer les interventions à couvrir, le budget repose sur une estimation selon laquelle il devrait y avoir, pour une population donnée, environ X remplacements de reins, Y cas de diabète et Z cas de pression artérielle élevée. Ce modèle présuppose des réformes du mode de prestation des soins de santé au Canada (Deber et al., 1995, deuxième partie).

Comment les autres pays déterminent-ils les mécanismes de financement public?

Dans tous les pays, le gouvernement joue un rôle significatif dans le financement des soins de santé. Les programmes et services que d'autre pays financent avec les deniers publics varient, tout comme la méthode servant à déterminer ces mécanismes de financement. La présente section examine les services couverts par le financement public en Australie, en Nouvelle-Zélande, à Singapour, au Royaume-Uni et aux États-Unis et la manière dont sont prises les décisions relatives à la couverture.

Australie

Les gouvernements respectifs du Commonwealth, de l'État et des territoires comptent pour environ 70 % des dépenses de santé en Australie. Le gouvernement du Commonwealth est le principal assureur public des médicaments délivrés sur ordonnance et des soins médicaux et il

finance quelque 50 % des dépenses des hôpitaux (Comité permanent du Sénat, janvier 2002*a*, p. 8).

Le programme d'assurance-maladie du gouvernement du Commonwealth fournit un traitement « gratuit » aux patients de l'assurance-santé traités dans les hôpitaux publics et un traitement gratuit ou subventionné aux patients traités par les médecins (et optométristes ou dentistes pour certains services). Les patients peuvent assurer auprès d'organisations privées la différence entre les prestations d'assurance-maladie (subventions) et les honoraires médicaux (Ramsay, 2001).

L'assurance-maladie paie les prestations pour les services qui sont considérés comme pertinents du point de vue clinique, par exemple les frais de consultation des médecins, les tests et examens effectués par les médecins praticiens pour traiter des maladies, les tests de vision effectués par les optométristes et la plupart des interventions chirurgicales et thérapeutiques effectuées par des médecins. L'assurance-maladie ne couvre pas les soins tels que les examens dentaires et les traitements effectués par les dentistes, le service d'ambulance, les soins à domicile, la physiothérapie, la chiropractie, les lunettes et les verres de contact, les aides à l'audition, les prothèses, les médicaments et les services non nécessaires du point de vue clinique (Health Insurance Commission, 2001).

Le gouvernement du Commonwealth a, dans ce qu'il appelle un effort visant à alléger le fardeau financier du système public de santé, mis en oeuvre des réformes visant à rendre les soins de santé privés plus abordables et à améliorer les choix offerts aux consommateurs. Spécifiquement, il encourage notamment l'achat d'une assurance-santé privée par un crédit d'impôt de 30 % remboursable (Australian Department of Health and Aged Care, 2000, p. 4). Toutefois, il y a un débat sur la question de savoir si une subvention publique versée sous forme d'allégement fiscal à l'achat d'une assurance privée constitue une utilisation efficace des fonds, en ce sens qu'il pourrait entraîner pour le gouvernement davantage de coûts qu'il ne permettrait d'économies (Standing Senate Committee, janvier 2002*a*, p. 11; Emmerson, Frayne et Goodman 2000, p. 31 et 32). D'autres soutiennent que les files d'attente sont plus longues dans *l'assurance privée* ou *les hôpitaux privés* (Standing Senate Committee, janvier 2002*a*, p. 11 et 12; Currie, 2000).

L'approche adoptée par le gouvernement du Commonwealth dans le domaine de l'assurance-santé consiste à financer de plus en plus des interventions qui sont sécuritaires, efficaces du point de vue clinique et rentables. Durant l'exercice 2000-2001, le Quality and Safety Council et le National Institute of Clinical Studies ont été engagés pour examiner une « approche globale » en matière de qualité et de sécurité, en examinant de près des modèles de pratique exemplaire pour des soins de courte durée et pour toute une gamme de soins de santé dispensés dans des domaines prioritaires de la santé nationale. Déjà, des comités consultatifs en matière de prestations pharmaceutiques et de soins de santé recommandent le financement des services et de médicaments reconnus comme appropriés et efficaces (Australian Department of Health and Aged Care, 2000).

Nouvelle-Zélande

En 1998-1999, les soins de santé et les services de soutien aux handicapés représentaient environ 77,5 % de l'ensemble des dépenses de santé en Nouvelle-Zélande. Dans ce pays, les particuliers peuvent également opter pour les soins de santé privés; la proportion des dépenses de santé financée par des capitaux privés est passée de 12,0 à 22,5 % au cours des deux dernières décennies (New Zealand Ministry of Health, 2001*b*, p. 12-13).

La plupart des Néo-zélandais sont admissibles aux services de santé et aux services aux handicapés financés à l'aide des deniers publics, car ils sont ou bien des résidents permanents ou bien des résidents à long terme. Les personnes admissibles peuvent recevoir des soins hospitaliers, qu'elles soient hospitalisées ou non, des subventions pour l'achat de médicaments délivrés sur ordonnance et une gamme de services de soutien dispensés aux handicapés. Il existe un système de rémunération à l'acte pour les soins primaires, mais les visites chez le médecin et les articles délivrés sur ordonnance sont généralement gratuits pour les enfants de moins de six ans. Les soins dentaires de base sont généralement gratuits pour les moins de 16 ans. Quant aux personnes qui doivent faire de nombreuses visites chez un médecin ou qui doivent consommer beaucoup de médicaments, elles peuvent obtenir une subvention du gouvernement (New Zealand Ministry of Health, 2001*a*).

En 2000, le gouvernement central a transféré la responsabilité de la prise de décision aux conseils de santé de district oeuvrant en milieu communautaire. Le gouvernement central émet de larges directives sur les services que ces conseils doivent fournir, et les priorités nationales ont été identifiées dans la Stratégie en matière de santé adoptée par la Nouvelle-Zélande (New Zealand Ministry of Health, 2001*b*).

On s'attend à ce que l'organisme national de financement de la santé, la Health Funding Authority, reflète les besoins des usagers et il est obligé de consulter les communautés au sujet de ses plans d'achat de services. En outre, un comité national de la santé, le National Health Committee (NHC), a été créé en 1992 pour conseiller le gouvernement sur les types de services de santé et de soins aux handicapés qui doivent bénéficier d'un financement public et sur leurs priorités relatives, compte tenu des ressources disponibles. Au fil des ans, ce comité a fait participer le public à ses travaux : il a tenu des assemblées publiques locales, des groupes de discussion et invité les citoyens à présenter des mémoires écrits. Ce comité est allé jusqu'à mettre en oeuvre un programme d'initiation des consommateurs à l'élaboration des lignes directrices (Edgar, 2000).

Dans la philosophie qui sous-tend le processus de rationnement du comité national de la santé, on considère l'efficacité des services, l'optimisation des ressources, l'équité dans l'accès aux services, l'utilisation des services et la conformité aux valeurs communautaires (Edgar, 2000). Le travail de ce comité repose sur quatre hypothèses :

- le rationnement des services est inévitable;
- les processus de prise de décision en matière de rationnement doivent être transparents;

- les communautés doivent participer au processus – leurs valeurs sont essentielles quand les décisions en matière de rationnement signifient que chacun aura tous les services de santé qu'il désire;

- les décideurs peuvent être aidés dans leur tâche par des outils – lignes directrices et critères de priorité – qui garantissent la transparence (Edgar, 2000, p. 186).

Bien qu'un certain nombre de travaux de recherche bien conçus aient été réalisés à partir des initiatives du comité national de la santé, ce dernier estime encore qu'il est important de continuer à apprendre à faire des choix difficiles. Même si l'ensemble des dépenses consacrées aux soins de santé devait doubler, il faudrait encore prendre certaines décisions au sujet des marges de financement, et il est important d'accepter la nécessité de prendre de telles décisions (Edgar, 2000).

Singapour

Les services de santé sont fournis à Singapour par trois ministères et par le secteur privé. En 1999, Singapour a consacré environ 3 % de son PIB aux soins de santé; les dépenses du gouvernement au chapitre de la santé ont totalisé 0,8 % du PIB (Singapore Ministry of Health, 2001, p. 10).

Le ministère de la Santé fournit des soins préventifs, curatifs et de réhabilitation; il formule les politiques nationales en matière de santé; coordonne la planification et le développement entre les secteurs privé et public et réglemente les normes en matière de santé (Singapore Ministry of Health, 2001). La philosophie de ce pays en matière de soins de santé met l'accent sur la constitution d'une population en bonne santé par la mise en oeuvre de programmes préventifs de soins de santé et la promotion d'un mode de vie sain. L'immunisation, l'éducation sanitaire dans les écoles et les soins dentaires sont gratuits (Hsiao, 1995).

Les soins de santé primaires sont dispensés dans des polycliniques publiques et des cliniques médicales privées. Les malades externes doivent payer des frais de consultation, qui comprennent également les médicaments. Dans les polycliniques publiques, tous les services sont subventionnés (Hsiao, 1995). Toutefois, une participation aux coûts s'applique même dans les hôpitaux recevant les plus fortes subventions, ce qui vise à limiter la demande en sensibilisant les patients aux coûts (Ham, 1996).

Pour assurer la disponibilité des services médicaux de base à tous les citoyens du pays, le gouvernement subventionne également les soins médicaux dispensés dans les hôpitaux publics et les cliniques du gouvernement. Le programme de soins médicaux de base vise à refléter des pratiques médicales qui soient économiques et dont la valeur a été prouvée. Il exclut les services non essentiels ou cosmétiques, les médicaments expérimentaux et les interventions dont la valeur n'a pas été prouvée. Le but du système est de répartir les ressources de manière à garantir le plus grand bien au plus grand nombre de personnes (Ham, 1996).

La loi fait obligation aux citoyens du pays d'économiser en vue de payer leurs dépenses médicales. En vertu du système Medisave, chaque citoyen qui a un emploi doit mettre de côté 6 à 8 % de son revenu dans un compte personnel Médisave. Les Singapouriens utilisent l'argent détenu dans ce compte pour contribuer au paiement des coûts d'hospitalisation pour eux-mêmes et les membres de leur famille immédiate. En outre, il existe un régime d'assurance volontaire, le Medishield, qui vise à aider les citoyens à payer les dépenses médicales en cas d'accident majeur ou de maladie prolongée. Les remboursements de Medishield sont basés sur un système de franchise et de coassurance, et les réclamations sont assujetties à un plafond par année d'assurance et durant la vie de chaque assuré. Enfin, il y a aussi le Medifund, un fonds de dotation constitué par le gouvernement comme filet de sécurité devant aider les Singapouriens à faible revenu à payer leurs soins médicaux. Le montant de l'aide donnée à un patient dépend des circonstances individuelles et est décidé par un comité constitué au niveau de l'hôpital (Ramsay, 2001).

Le gouvernement de Singapour a également créé des hôpitaux communautaires à bon marché pour les convalescents et les personnes âgées qui ne peuvent se passer des soins plus coûteux dispensés dans les hôpitaux généraux. Les soins de santé dispensés aux personnes âgées sont d'habitude assurés par des organisations sociales bénévoles subventionnées par le gouvernement. La plupart des services de soutien aux hôpitaux et aux programmes de soins de santé primaires sont offerts par les secteurs public et privé (Singapore Ministry of Health, 2001).

Royaume-Uni

Le National Health Service (NHS) est le principal fournisseur de soins de santé au Royaume-Uni. Il est fondé sur l'idéal d'une couverture universelle pour les citoyens britanniques payée à partir des recettes fiscales générales. Toutefois, les estimations des coûts initiaux effectuées pour le NHS ont vite été dépassées, et des frais ont été ajoutés pour des services tels que les médicaments et les soins dentaires. (Mais aujourd'hui, quelque 85 % des médicaments sont dispensés aux personnes exonérées du paiement des frais.) (British Medical Association [BMA], 1999)

Environ 11 % de la population du Royaume-Uni détient une assurance médicale privée (Ramsay, 2001). Les personnes qui paient directement pour une chirurgie volontaire dans le secteur privé représentent environ 19 % des traitements privés, et le secteur privé fournit également la majorité des places dans les résidences et foyers de soins infirmiers (BMA, 1999).

En dépit des pressions exercées par les coûts sur le système, le projet de modernisation sur 10 ans du NHS rejette l'idée que cet organisme ne devrait couvrir qu'un ensemble défini de maladies individuelles ou de traitements :

> [TRADUCTION] Premièrement, ceux qui défendent cette thèse en général ont beaucoup de difficulté à préciser les éléments qu'ils voudraient voir éliminer, soit le type de traitements qui en général comprend les varices, l'extraction de dents de sagesse ou les interventions cosmétiques. Le problème est que ce service ne compte que pour moins de 0,5 % du budget du NSH et ne constitue pas un élément important de la détermination des coûts pour l'avenir. Par contre, le gros des dépenses – et de l'accroissement des

> dépenses – est lié aux naissances, aux soins pour personnes âgées et aux maladies graves comme le cancer, les maladies cardiaques et les problèmes de santé mentale. (United Kingdom Department of Health, 2001, chap. 3).

L'autre raison invoquée dans *The NHS Plan* pour ne pas restreindre les dépenses à un ensemble défini de services de base réside dans le caractère subjectif de l'efficacité : différents patients peuvent dans des circonstances différentes obtenir différents bienfaits du même traitement.

Toutefois, le NHS reconnaît dans ce document qu'il y a lieu de déterminer les priorités. Le National Institute for Clinical Excellence fournit des lignes directrices sur l'efficacité et les éléments cliniques des techniques nouvelles et existantes en matière de santé, y compris les médicaments, avec l'aide d'un conseil des citoyens (Citizens Council) (United Kingdom Department of Health, 2001). Si les décisions relatives à l'établissement des priorités sont prises dans un contexte national, un grand nombre de choix sont faits par les autorités municipales en matière de santé, et, le plus souvent, le rationnement se fait implicitement par les médecins eux-mêmes, qui appliquent un jugement clinique aux cas individuels (BMA,1999).

États-Unis

Medicare/Medicaid

Il existe aux États-Unis deux grands programmes de soins de santé. Le Medicare couvre les Américains de 65 ans et plus et les Américains handicapés, tandis que le Medicaid fournit une assurance et des services de santé aux Américains à faible revenu. Le Medicare couvre plus de 30 millions d'Américains, et le Medicaid compte 36 millions de bénéficiaires (Health Care Financing Administration [HCFA], 2001*c*; 2001*a*). En 1997, le secteur public des États-Unis comptait pour 46,4 % des dépenses totales en soins de santé (Ramsay, 2001).

Le Medicare est un programme fédéral qui rembourse les dépenses au titre des soins de santé effectuées par les personnes âgées. Un pourcentage de 98,6 % de ces dernières sont inscrites au Medicare, et la plupart d'entre elles (70 %) ont à la fois le Medicare et une assurance privée supplémentaire couvrant les coûts non assurés par le programme public (Ramsay, 2001). La Partie A du Medicare est une assurance hospitalisation qui aide les bénéficiaires à assumer les coûts des soins prodigués dans des hôpitaux, les hôpitaux à accès critique, les installations de soins infirmiers employant du personnel qualifié, ainsi que les soins palliatifs et certains soins à domicile. La Partie B est une assurance facultative et couvre les médicaments nécessaires fournis par des médecins, les soins hospitaliers dispensés en clinique externe et certains services non couverts par la Partie A tels que les services de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Qu'il s'agisse des Parties A ou B du Medicare, il y a des primes et une participation aux coûts.

Les gouvernements des États participent au Medicaid et financent également des services tels que les services de santé publique (p. ex., les immunisations et les soins dispensés aux Autochtones), les services communautaires (p. ex., la santé mentale et les services liés à la consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues), les hôpitaux universitaires d'État et les

primes payées au titre de la santé par les employés publics. Le Medicaid étant un programme conjoint du gouvernement fédéral et des États, les services qu'il fournit et les exigences en matière d'admissibilité varient d'un État à un autre. La couverture n'est pas disponible pour tous les citoyens à faible revenu, mais pour ceux qui sont considérés selon les diverses définitions adoptées par les États comme étant catégoriquement ou médicalement dans le besoin. La plupart des États financent des programmes d'aide à des personnes spécifiées vivant dans la pauvreté et qui n'ont pas droit au Medicaid (Standing Senate Committee, janvier 2002*a*, p. 48). Une franchise modique et un partage des coûts peuvent être imposés à un certain nombre de bénéficiaires du Medicaid pour certains services, mais certains bénéficiaires doivent être exemptés du partage des coûts, par exemple les femmes enceintes et les enfants de moins de 18 ans (HCFA, 2001*b*).

En général, la couverture de base du Medicaid doit comprendre les services aux patients hospitalisés et les soins dispensés en clinique externe, les soins dispensés par les médecins, les services de chirurgie dentaire, les centres de soins infirmiers et les soins de santé fournis à domicile à certains individus, les services de planification familiale et les produits connexes, les services dispensés en clinique rurale et les services ambulanciers, les services de laboratoire et de rayon-X et le dépistage périodique. Parmi les services facultatifs le plus souvent couverts, on trouve les services cliniques, les services fournis dans des installations de soins intermédiaires et les services aux malades mentaux, les services d'optométriste et les lunettes, les médicaments délivrés sur ordonnance, les prothèses et les soins dentaires (HCFA, 2001*b*).

Il incombe à la Health Care Financing Administration (HCFA), qui a pris le nom de Centers for Medicare and Medicaid Services, de suivre les technologies naissantes et les nouveaux profils de soins de santé pour déterminer la nécessité de modifier les politiques nationales en matière de couverture. En prenant ces décisions, la HCFA étudie si un point ou un service présente un avantage médical et une valeur ajoutée (que ce soit en termes d'avantages en matière de santé ou de baisse de coûts) par rapport à ce qui est déjà couvert pour les assurés de Medicare (HCFA, 2001*d*). L'approche de la HCFA vise notamment à utiliser l'Internet pour informer les gens sur la manière dont sont prises les décisions relatives à la couverture et sur l'évolution de chaque problème examiné dans le cadre de la revue de la couverture (HCFA, 2001*e*).

Oregon

Le régime d'assurance-santé de l'Oregon, le Oregon Health Plan (OHP) fournit une assurance à environ 1 million de résidents à faible revenu, mais on estime que quelques 400 000 personnes restent sans couverture (Oregon Health Services Commission, 2001).

L'OHP est le seul programme Medicaid d'État qui rationne explicitement les soins médicaux. Il finance pour cela les services en utilisant diverses mesures de valeur. En termes généraux, il couvre le diagnostic, les services de médecin, les examens médicaux et dentaires, les services de planification familiale, la protection de la maternité, les soins prénataux et les soins aux nouveaux-nés, les ordonnances médicales, les services hospitaliers, les soins de confort et les soins palliatifs, les soins dentaires, le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie et les services de santé mentale. Les services non couverts sont ceux qui sont dispensés pour des troubles qui vont s'améliorer d'eux-mêmes, pour lesquels il n'existe pas de traitement utile, les

traitements qui ne sont généralement pas efficaces, les chirurgies plastique, les changements de sexe, le traitement de l'infécondité et les cures d'amaigrissement (Office of Medical Assistance Programs, 2001).

Il y a une liste de priorités établie pour 736 troubles médicaux et les traitements correspondants. En octobre 2001, le financement du gouvernement a été élargi et comprenait 566 doublets affection-traitement. Le Tableau 2 donne une indication de la complexité de la liste de financement.

L'Oregon a été incité à établir une hiérarchie des interventions en 1987, année où l'État a désassuré les greffes aux patients de Medicaid. Par suite de cette décision, un garçon à qui on devait faire une greffe de la moelle osseuse est mort avant que sa famille puisse se procurer l'argent nécessaire pour l'intervention. Cela provoqua un scandale public et on considéra comme nécessaire l'adoption d'une méthode de rationnement systématique et fondée sur des preuves.

Le gouvernement a alors commencé par établir un ordre de priorités de soins de santé selon leur valeur pour la communauté et le rapport coûts-efficacité. Il a fallu procéder ensuite à des classements multiples avant de parvenir au résultat final. Par la suite, les analystes ont établi des catégories plus précises (en fin de compte des doublets affection-traitement) selon un algorithme qui utilisait des critères tels que le rapport coûts-efficacité, les opinions du public au sujet des

Tableau 2
Quelques services couverts par le régime de soins médicaux de l'Oregon en octobre 2001

Classement par ordre de priorité	Diagnostic	Traitement
Les services financés par le gouvernement comprennent :		
1	Blessure grave ou moyenne à la tête : hématome/oedème avec évanouissement	Traitement médical et chirurgical
2	Diabète de type 1	Thérapie médicale
565	Urticaire symptomatique	Thérapie médicale
566	Disfonctionnement du système lacrymo-nasal	Traitement médical et chirurgical
Le financement public ne couvre pas :		
567	Fissure anale chronique, fistule anale	Sphinctéréctomie, fissurectomie, fistulectomie, thérapie médicale
568	Problèmes dentaires (p. ex., rupture d'articles d'orthodontie)	Périodontie et prothétique complexe
735	Dysphonie spastique	Thérapie médicale
736	Troubles de réfraction et d'accommodation	Kératotomie radiaire

Source : Oregon Health Services Commission, 1er octobre 2001, *Prioritized List of Health Services*.

types de services et des états de santé et selon les opinions d'experts sur les classements élaborés. Au terme du processus, 17 catégories ont été élaborées et classées par une commission des soins de santé constituée par l'État. Ces catégories regroupaient plus de 10 000 interventions médicales qui ont été réduites à 709 doublets affection-traitement.

Les efforts déployés par l'Oregon pour rationaliser l'ensemble des prestations offertes par Medicaid se sont heurtés au lobbying des fournisseurs de services et des consommateurs qui voulaient protéger les services qu'ils favorisaient contre le rationnement envisagé par le gouvernement. Les lobbyistes ont enregistré certains succès en parvenant à empêcher ou à retarder l'addition de services particuliers à la liste établie par ordre de priorité. Par exemple, la plupart des soins psychiatriques ont été rayés de la liste. Ces services représentent environ 70 % des dépenses de Medicaid, ce qui laisserait 30 % du budget à contrôler par le processus d'établissement des priorités (Giacomini, 1999, p. 725-726) « L'Oregon n'ayant pas, au bout du compte, rationné les soins en fonction du critère coûts-efficacité, le programme de prestations de base n'est pas parvenu à maximiser pour les bénéficiaires de Medicaid les résultats au chapitre de la santé. » (Tengs, 1996, p. 181).

La stratégie de l'OHP repose sur l'idée qu'il est préférable, à la lumière des restrictions budgétaires, de fournir certains services de santé à tous plutôt que d'accorder une couverture intégrale à certaines personnes seulement. Toutefois, l'ensemble des prestations offertes maintenant est plus généreux que l'ancien système Medicaid de l'Oregon, et les coûts que doit assumer l'OHP ont augmenté au cours de la dernière décennie (Oregon Health Services Commission, 2001).

D'autres États américains ont essayé d'autres méthodes pour étendre la prestation publique de services de santé à ceux qui ne sont pas assurés. Par exemple, le Massachusetts a élargi la couverture qu'il accorde en offrant une option de base MassHealth aux personnes dans le besoin non comprises dans une des catégories couvertes. Le programme de la New York's Healthy New York s'adresse aux petites entreprises qui n'offrent pas d'assurance-santé à leurs employés et aux personnes qui travaillent mais ne sont pas assurés. Le régime de soins de santé de base (Basic Health) de l'État de Washington donne aux résidents à faible revenu le choix entre un régime de soins de santé géré et un régime moins géré comportant des coûts plus élevés payés par les intéressés eux-mêmes. Le MinnesotaCare du Minnesota prévoit une prestation de base pour les adultes célibataires sans personne à charge. Ce régime, qui n'offrait auparavant ses services qu'aux patients en clinique externe, a ajouté récemment à sa liste les services dispensés à sa population en milieu hospitalier (Oregon Health Services Commission, 2001).

En dépit de ces efforts, 14 % des résidents de l'Oregon n'étaient pas assurés en 2000. Une proportion de 9 % des résidents du Massachusetts ne l'étaient pas, ainsi que 15 % des résidents de l'État de New York, 14 % des résidents de l'État de Washington et 8 % des résidents du Minnesota. La proportion à l'échelle nationale était de 14 % (Kaiser Family Foundation, 2002). En outre, certaines données indiquent que les programmes visant à accorder une assurance financée par les États aux adultes à faible revenu n'auraient pas pour effet d'accroître la couverture globale, mais plutôt un effet d'éviction du secteur privé. Une étude sur l'expansion de l'assurance publique dans quatre États est arrivée à la conclusion que les programmes des États de l'Oregon et de Washington avaient donné lieu à une diminution du nombre de personnes non

assurées et qu'il n'y avait guère d'effet d'éviction de l'assurance privée, tandis que le nombre de personnes non assurées et de personnes assurées à titre privé avait baissé au Tennessee. Le résultat au Minnesota a été une diminution du nombre de personnes assurées à titre privé, tandis que celui des personnes non assurées n'avait presque pas changé (Kronick and Gilmer, 2002, p. 225)

Il ne semble pas exister de corrélation entre le montant que l'État dépense au titre des soins de santé et l'ampleur de la couverture en assurance. Les dépenses par habitant en soins de santé des États se chiffraient aux États-Unis en 1999 à 872,64 $US. Le Minnesota, (807,83 $US) et l'Oregon (774,18 $US) ont dépensé moins que la moyenne nationale, tandis que New York (1 615,64 $US) et le Massachusetts (1 455,21 $US) occupaient respectivement les premier et deuxième rangs au pays (Kaiser Family Foundation, 2002).

Les leçons de l'expérience internationale pour le Canada

Plusieurs autres pays industrialisés procèdent explicitement depuis des années au rationnement des soins de santé. Les méthodes varient considérablement, allant de la tentative de rédaction d'une liste spécifique de services (Oregon) à la détermination de lignes directrices relatives aux décisions en matière de rationnement (Nouvelle-Zélande), à la mise sur pied d'un comité national qui prend les principales décisions exigeant une certaine participation du secteur public (États-Unis, Royaume-Uni et Australie), à un système dans lequel le gouvernement prend les décisions sans guère solliciter l'avis du public (Singapour) et au recours aux lignes directrices (Nouvelle-Zélande).

Tous les pays ont jugé que l'établissement de priorités en matière de soins de santé ne peut se faire systématiquement à partir de la seule analyse des coûts-avantages. De même, il est peu probable que l'abolition des services de santé entraîne des économies considérables. En Oregon et en Nouvelle-Zélande, l'établissement explicite de priorités a donné lieu à une augmentation, plutôt qu'à une diminution, du nombre de services couverts (Coulter et Ham, 2001). Dans d'autres pays comme les Pays-Bas, la décision de délister certains services (la fertilisation *in vitro* à long terme, la chirurgie esthétique, les lunettes, les médicaments homéopathiques, les soins dentaires aux plus de 18 ans et divers autres services et produits) a permis au gouvernement de réaliser des économies de 4,5 % (Williams, 1997).

Si le but du gouvernement est de réaliser des économies considérables au chapitre des coûts, il doit procéder à des réformes allant beaucoup plus loin que la simple suppression de certains services de la liste. Toutefois, le processus d'établissement des priorités constitue un bon moyen pour le gouvernement de financer et d'assurer un accès universel aux interventions qui répondent le mieux aux besoins de la population :

> [TRADUCTION] [...] il s'agit là également d'une question d'équité : contrairement à l'assurance privée, qui repose sur des calculs actuariels, où chacun achète la valeur attendue des services de santé dont il a besoin, le financement public est involontaire. Il est fourni par les contribuables qui ont un intérêt légitime à obtenir la satisfaction de leurs

> besoins et par conséquent à voir une optimisation des ressources, mais pas nécessairement en payant pour des désirs (Musgrove, 1996, p. 56).

L'encouragement à une réflexion démographique sur le rationnement repose sur l'idée que les choix en matière de choix de santé posent des problèmes moraux et que, sur un plan plus pratique, il est probable que les contestations juridiques des décisions en matière de rationnement s'intensifient, ce qui renforcera la nécessité d'assurer l'équité et la transparence du processus de décision (Coulter et Ham, 2000).

Le professeur Norman Daniels, de l'Université Tufts, estime que, pour légitimer l'établissement d'un plafond, il doit exister ce qu'il appelle une obligation de rendre compte du caractère raisonnable des mesures prises. Il faut pour cela que le public puisse être informé sur les motifs des décisions relatives à l'établissement des priorités et que des gens animés d'un esprit d'équité tiennent compte des considérations liées au fait qu'on dispose de ressources limitées pour satisfaire les besoins en soins de santé de la population (Daniels, 2000). Selon Daniels, cette obligation de rendre compte exige que soient satisfaites quatre conditions nécessaires (mais pas suffisantes) :

- *Publicité* : les décisions relatives à la couverture, en ce qui a trait aux nouvelles technologies, (et les autres décisions d'établir des plafonds) et les motifs qui les justifient doivent être communiquées au public.

- *Caractère raisonnable* : les décisions relatives à la couverture devraient viser à fournir une explication *raisonnable* de la manière dont l'organisation devrait optimiser les ressources dans la satisfaction des besoins variés en santé d'une population, ce, conformément à des contraintes raisonnables en matière de ressources....

- *Appels* : il existe un mécanisme de contestation et de règlement des différends relatif aux décisions d'établissement de plafonds, notamment la possibilité de revoir les décisions à la lumière des nouvelles preuves disponibles ou de nouveaux arguments.

- *Application* : il existe une réglementation soit facultative soit publique pour assurer le respect des conditions 1 à 3 (Daniels, 2000, p. 92).

Accès, qualité, coûts et financement public des soins de santé

Un des principaux buts d'un système de soins de santé est d'améliorer la santé de la population, ce qui se réalise, dans des conditions idéales, par un large accès aux soins de santé de bonne qualité à un coût gérable. Le système de soins de santé du Canada étant principalement financé avec des deniers publics, il est nécessaire de discuter de ce qu'on connaît de la manière dont le financement public des services affecte l'accessibilité, l'accès et le coût des services. De même, il faut discuter de la question de savoir si la méthode de financement des soins de santé importe dans les efforts déployés pour améliorer l'état de santé de la population.

Deber et coll. ont résumé pour le Forum national sur la santé les idées traditionnelles relatives au financement des soins de santé dans les termes suivants :

> [TRADUCTION] Il est largement reconnu que le fait de séparer l'accès à un ensemble complet de services de santé de la capacité de payer inhérente au financement public sert bien la cause de l'équité. À mesure que l'on avance dans le continuum public-privé pour inclure une plus grande participation du secteur privé, l'équité recule. À l'extrémité du continuum, on trouve le système américain, dans lequel une large proportion de la population n'a pas d'assurance-santé ou n'en a pas assez (Deber et coll., 1995, 1ère partie1).

Le problème avec cet argument est qu'il laisse supposer que la participation du secteur privé réduit l'équité plutôt que le fait de ne pas avoir d'assurance, qu'elle soit publique ou privée. Le fait de ne pas avoir d'assurance aux États-Unis ne signifie pas qu'on vous refusera les soins dont vous avez besoin[1]. De même, les statistiques montrent qu'un grand nombre de personnes non assurées ne le sont que temporairement. Par exemple, le taux des personnes sans assurance au Minnesota est d'environ 8 %, mais il tombe à 3,1 % si on considère les résidents de cet État qui n'avaient pas d'assurance pendant toute l'année 2001 (Minnesota Department of Health, 2002).

Toutefois, il existe des différences entre l'utilisation de services de santé par les assurés et leur utilisation par les non-assurés et entre les résultats obtenus par eux au chapitre de la santé. Par exemple, la possibilité que des enfants sans assurance aux États-Unis n'aient pas effectué une visite récente chez un médecin en 1995-1996 était 2,5 fois plus élevée que pour des enfants ayant une assurance-santé (National Center for Health Statistics, 1999). De même, à partir d'une analyse de 125 travaux de recherche examinés par des pairs, l'Oregon Health Services Commission a conclu qu'il existe un lien entre, d'une part, l'absence d'assurance et, d'autre part, l'accroissement de la mortalité (p. ex., le diagnostic d'une maladie à un stade avancé et où la maladie est incurable); l'augmentation des souffrances, de la douleur et du nombre de cas d'incapacité (p. ex., il est moins probable que les enfants non assurés reçoivent un traitement pour des maux de gorge, pour des maux d'oreille ou pour l'asthme); et un niveau plus élevé des coûts des soins (p. ex., il est plus probable que les personnes non assurées obtiennent les soins nécessaires dans une salle d'urgence) (Oregon Health Services Commission, 2001).

---

1 Juridiquement, aucun hôpital public ou privé n'a le droit de refuser un traitement à un indigent. Pour de plus amples renseignements, voir : http://www.medlaw.com.

L'assurance universelle est donc un but souhaitable. Mais il existe un nombre infini de moyens d'assurer toute la population, et les mesures fondamentales de l'état de santé telles que l'espérance de vie et la mortalité infantile ne disent pas si une méthode particulière parvient mieux ou moins bien à réduire les inégalités sur le plan de la santé. Au Canada, par exemple, il existe des preuves de resquillage pratiqué pour des raisons médicales et des preuves que les médecins de famille ne dirigent pas les malades et les personnes âgées aussi rapidement qu'ils devraient le faire pour certains traitements, la dialyse par exemple (Gratzer, 1999, p. 24 et 43). En outre, en essayant d'équilibrer leur situation budgétaire, un grand nombre de gouvernements provinciaux ont délisté certains services, de sorte qu'un plus grand nombre de personnes doivent payer pour les services dont elles ont besoin. Si l'obligation de payer pour des soins est intrinsèquement injuste pour les gens à faible revenu, les mesures de réduction des coûts entraînent un accroissement des inégalités dans le système canadien.

Accès

Au chapitre de l'accès, un grand nombre d'études semblent indiquer que les patients attendent plus longtemps pour obtenir des soins au Canada que dans des pays comme les États-Unis, la Suède ou l'Allemagne, mais moins longtemps qu'au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande.

Une étude réalisée dans les années 1980 a montré que les Canadiens attendaient plus longtemps que les Américains pour une consultation orthopédique ou pour une chirurgie décidée après consultation (Coyte et coll., 1994). Des recherches réalisées dans les années 1990 ont montré que les Canadiens attendent plus longtemps que les Allemands et les Américains pour diverses interventions cardiaques (Collins-Nakai, Huysmans et Skully, 1992). Une autre étude a montré qu'en 1992 les Canadiens attendaient en général plus longtemps pour des pontages que les Américains et les Suédois, mais moins que les Britanniques (Carroll et coll., 1995). Une autre étude réalisée en 1998 a montré que la période d'attente était plus courte au Canada qu'en Nouvelle-Zélande pour les pontages (Jackson, Doogue et Elliott, 1999). Des recherches réalisées à l'Université Dalhousie ont montré que le suivi et le diagnostic adéquats pour les patients souffrant d'hématurie macroscopique (présence de sang dans l'urine) prenait plus longtemps au Canada qu'aux États-Unis (Moulton, 1998).

Une étude menée au début des années 1990 par la Queen's Radiation Oncology Research Unit a montré que, sauf dans les cas d'urgence, les patients canadiens souffrant de cancer attendaient plus longtemps que les patients américains pour une radiothérapie et plus longtemps que la période considérée par les oncologues comme acceptable (Mackillop, 1994). Un rapport récent sur le traitement du cancer publié par le Cancer Advocacy Coalition souligne que les longues listes d'attente pour la radiothérapie et le lent processus d'approbation de nouveaux médicaments de chimiothérapie ont une incidence négative sur la survie des patients et il fournit des données indiquant que les provinces canadiennes tendent à avoir des taux de mortalité dus au cancer plus élevés que les États américains (Cancer Advocacy Coalition, 2001).

De même, la situation ne semble pas s'améliorer au Canada. Une étude de près de 30 000 cas de chirurgie du sein au Québec a montré que la médiane des périodes d'attente entre le diagnostic

et la chirurgie est passée de 29 jours en 1992 à 42 jours en 1998 (Mayo et coll., 2001). Une mise à jour d'une vérification faite par le Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation sur les temps d'attente pour huit interventions chirurgicales non urgentes pratiquées à Winnipeg entre 1992 et 1997 a révélé une augmentation de la période d'attente dans six des huit interventions, dont l'extraction d'une tumeur au sein et des endartérectomies de la carotide entre, d'une part, la période allant de 1992-1993 à 1996-1997 et, d'autre part, à l'année 1998-1999 (Currie, 2000). Tandis que les auteurs du Manitoba ne tirent aucune conclusion à partir de l'augmentation des périodes d'attente, ils font remarquer que cette tendance constitue un sujet de préoccupation.

Ce qui devrait préoccuper les Canadiens, c'est que notre système, qui vise à fournir un accès égal aux soins, n'atteint peut-être pas ce but. Une étude a montré que les Canadiens à faible revenu ont moins tendance à visiter des médecins spécialistes (Dunlop, Coyte et McIsaac, 2000), tandis que d'autres études révèlent que les Canadiens à faible revenu ont des taux de survie moins élevés à des maladies cardiaques (Alter et coll., 1999) et au cancer (Mackillop et coll., 1997) que ceux dont les revenus sont plus élevés.

En 2000, l'Association canadienne des radiologistes a publié un rapport donnant à entendre que 63 % du matériel de radiothérapie est dépassé, de même que la plupart des machines utilisées au Canada à des fins de diagnostic (Association canadienne des radiologistes, 2000). Des 25 pays de l'OCDE, le Canada s'est classé au 19^{e} rang par nombre d'imageurs à résonance magnétique (IRM) par million de personnes (Esmail, 2001). De 23 pays de l'OCDE, le Canada s'est classé 18^{e} par nombre de scintigrammes réalisés par tomographie assistée par ordinateur, sur une population d'un million de personnes (Esmail, 2001). Pour ce qui est des services de santé (lits, médecins et autres ressources), le Canada s'est classé 5^{e} de 8 pays examinés, avec davantage de ressources disponibles que le Royaume-Uni, Singapour et l'Afrique du Sud, mais moins que l'Allemagne, la Suisse, les États-Unis et l'Australie (Ramsay, 2001).

Ces observations mettent au moins en question la croyance selon laquelle un système de soins de santé financé par des fonds publics et qui interdit le financement privé de services médicalement nécessaires parvient nécessairement mieux à accorder un accès plus grand et plus égal aux soins de santé qu'un système permettant un financement public et privé de ces services. Il y a certes des problèmes au Canada et au Royaume-Uni avec les listes d'attente et les taux de survie à certaines maladies, par exemple, mais il y a des Américains qui n'ont pas de soins de santé à cause de leurs coûts.

Une enquête récente a été menée sur les points de vue des patient sur l'accès, la qualité et les coûts des soins e.: Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Elle a permis de voir que le Royaume-Uni était le pays où la plus grande partie de la population devait attendre quatre mois ou plus pour une intervention chirurgicale non urgente, tandis que le Canada était le seul pays à enregistrer une augmentation statistiquement significative du nombre de gens attendant quatre mois ou plus pour un traitement. Toutefois, il est moins probable que les Canadiens et les Britanniques déclarent ne pas avoir de soins médicaux à cause des coûts que les adultes de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et des États-Unis (Blendon et coll., 2002).

Qualité

Il y a peu de gens, si tant est qu'il en est, qui puissent dire si un système de soins de santé financé avec des fonds publics ou privés est meilleur ou pire pour la santé de la population. Par exemple, des recherches effectuées par l'Institute for Clinical Evaluative Sciences en 1999 ont conclu, après l'examen de quelque 18 études des résultats obtenus au Canada et aux États-Unis dans le domaine de la santé, qu'aucune de ces études ne prouvait que les différences entre les résultats étaient dues exclusivement à des différences entre les systèmes de santé de ces deux pays. Par conséquent, il est improbable qu'on puisse formuler une hypothèse distincte relative à la relation ou aux relations existant entre la qualité des soins dispensés par chacun d'eux, en partant d'une comparaison des résultats obtenus par les divers systèmes de soins de santé et de la nature du système en cause (Szick et coll., 1999, p. 17).

Dans l'enquête mentionnée ci-dessus et menée dans cinq pays, les répondants de tous les pays ont donné aux soins dispensés par leurs médecins la cote « excellente » ou « très bonne ». En ce qui concerne les soins hospitaliers, une majorité des répondants de chaque pays, sauf au Royaume-Uni, ont qualifié les soins reçus d'« excellents » ou de « très bons ». Les Canadiens et les Américains dont les revenus sont plus faibles ont moins tendance à qualifier les soins reçus d'« excellents » ou de « très bons » que ceux dont les revenus sont plus élevés. L'inverse est vrai pour les Britanniques (Blendon et coll., 2002).

Dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a classé les résultats qu'ont obtenus les systèmes de santé dans le monde entier en essayant d'atteindre trois buts : une bonne santé, la capacité de réaction aux attentes de la population et l'équité de la contribution financière (la proportion que les gens paient de leurs poches). Dans la comparaison des résultats de l'ensemble du système, le Canada se classe mieux que des pays comme les États-Unis et l'Australie, mais moins bien que la France, l'Italie, Singapour, le Royaume-Uni, l'Allemagne et plus de 20 autres pays (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2000). Vu qu'il s'agit là de la première tentative de classer les systèmes de santé selon les résultats obtenus, certains aspects méthodologiques du Rapport sont discutables et, comme il s'agit d'un document long et complexe, il serait imprudent de considérer les résultats comme un signe que l'un quelconque des systèmes de santé des pays examinés était sans équivoque meilleur que celui d'un autre. Toutefois, le classement des pays devrait au moins porter les gens à se demander si le système de santé du Canada devrait rester un système sacro-saint ou si nous pouvons apprendre quelque chose de la manière dont les autres pays organisent leurs systèmes.

Coûts

Dans leur rapport au Forum national sur la santé, Deber et coll. expriment un point de vue courant au Canada :

> [Il ressort] des données recueillies à l'étranger et au Canada que le financement public des soins médicalement nécessaires est la méthode la plus efficace sur le plan économique. L'efficacité se trouve accrue par le pouvoir de monopsone de l'État, par le

> pouvoir que celui-ci exerce sur les budgets, sur les frais en cause et sur les négociations salariales avec les fournisseurs de services. Les études de cas réalisées au Canada indiquent que l'escalade des coûts est plus rapide dans les secteurs de la santé où le financement privé occupe une plus grande place (p. ex. les médicaments, l'assurance automobile, l'assurance médicale durant les voyages) que dans les systèmes financés par l'État et où existe un monopsone d'État (p. ex. les hôpitaux) [...] La seule justification des régimes de financement mixtes est qu'ils peuvent accorder une plus grande liberté de choix aux consommateurs et aux fournisseurs (Deber et coll., 1995).

Si certaines données indiquent que les gouvernements peuvent accroître l'efficience des marchés de soins de santé en raison des rendements sociaux de la santé, de l'asymétrie de l'information et d'autres imperfections du marché, il n'y a guère, s'il en est, de preuves que le financement public « exclusif » des services médicalement nécessaires est la méthode la plus efficiente du point de vue économique. De même, il existe bien des documents indiquant des échecs du secteur public qui sont aussi graves que les imperfections du marché : piètre responsabilité, asymétrie de l'information, abus du pouvoir monopolistique et échec dans la fourniture de biens publics (Harding et Preker, 2000).

Ake Blomqvist a déclaré devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie que si la limitation des coûts est un objectif principal, il semblerait indiqué à première vue d'élargir l'éventail des soins payés par le régime public en instaurant, par exemple, un régime public d'assurance-médicaments comme le propose le Forum national sur la santé (Comité sénatorial permanent, janvier 2002*a*, p. 68). S'il est vrai que les pays qui se sont dotés de systèmes financés par le secteur public *peuvent* être en mesure de maîtriser les coûts par la force brute (plafonnement des salaires des médecins, fermeture d'hôpitaux et suppression de services de la liste, par exemple) davantage que les pays qui dépendent plus du financement privé, les systèmes publics ne sont pas nécessairement moins coûteux. Le Canada dépense davantage dans le domaine des soins de santé que la plupart des pays industrialisés, qui permettent tous un financement de services médicalement nécessaires par le secteur privé.

De même, une comparaison récente publiée dans le *British Medical Journal* de la Grande-Bretagne entre le National Health Service, qui est financé par l État, avec la Kaiser Permanente, une organisation privée sans but lucratif de la Californie, a révélé que les coûts par personne des deux systèmes étaient, après correction pour tenir compte d'éléments tels que les différences entre les prestations et les caractéristiques de la population, similaires, mais avec des différences ne dépassant pas 10 %. Toutefois, cette comparaison a aussi révélé que les membres de la Kaiser recevaient des soins primaires de base plus complets et plus facilement et qu'ils avaient un accès beaucoup plus rapide aux services de spécialistes et aux hôpitaux. Les meilleurs résultats obtenus par Kaiser au chapitre de l'accès, de la qualité et des coûts s'expliquent par la meilleure intégration du système, sa gestion plus efficiente de l'utilisation des hôpitaux, les avantages de la concurrence et un investissement plus élevé dans la technologie de l'information (Feachem, Sekhri et White, 2002).

Le système canadien de soins est confronté à de nombreux défis : listes d'attente, débordement des salles d'urgence, insuffisance du matériel médical de pointe, limitations des traitements pharmaceutiques nouveaux et faible niveau de satisfaction chez les fournisseurs de

services. Plusieurs de ces problèmes découlent du fait que les soins de santé sont principalement organisés au Canada comme une fonction du gouvernement, de sorte que l'augmentation des coûts des soins de santé est une cause de problème. En continuant à préconiser un financement public « exclusif » des services médicalement nécessaires au Canada, le gouvernement fédéral est potentiellement en train de causer un tort à la santé des Canadiens et d'assombrir les perspectives d'avenir du secteur des soins de santé (Ramsay et Walker, 1996). Des raisons comme celles-ci – et pas seulement le meilleur choix offert aux consommateurs et aux fournisseurs de services – justifient l'adoption de régimes de financement mixtes.

Financement public ou privé *vs* état de santé de la population

L'étude intitulée *Beyond the Public-Private Debate: An Examination of Quality, Access and Cost in the Health-Care Systems of Eight Countries* a révélé que, des nombreux déterminants possibles de la santé, le revenu par habitant et la scolarisation sont les éléments les plus étroitement liés à l'état de santé. Cette étude a révélé également l'importance des taux d'immunisation. À la lumière de ces résultats, l'étude conclut que l'intervention du gouvernement devrait se focaliser (compte tenu de la rareté des ressources) sur l'accès universel et sur la disponibilité de soins préventifs et de soins primaires de base, même que sur une plus grande disponibilité de ces services. Cela fait, les gouvernements devraient s'assurer que les gens qui ne peuvent payer pour obtenir des services médicaux aient accès aux soins lorsqu'ils en ont besoin et ils devraient peut-être exiger que leurs citoyens achètent une assurance-santé en prévision d'événements catastrophiques (Ramsay, 2001).

Dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*, l'Organisation mondiale de la santé soutient que le progrès scientifique et technique explique près de la moitié de la baisse du taux de mortalité enregistrée entre 1960 et 1990 dans un échantillon de 115 pays à revenu faible et moyen, tandis que la croissance du revenu explique moins de 20 % de ce phénomène et le relèvement du niveau d'instruction des femmes, moins de 40 % (OMS 2000, p. 9). En ce qui concerne les pays développés, le Rapport soutient qu'une large proportion de l'amélioration de l'espérance de vie en Europe est due aux soins médicaux modernes. Mais il affirme également que les systèmes de santé ne contribuent guère à améliorer la santé : des études ont montré qu'il existe une corrélation entre l'espérance de vie et le revenu par habitant, mais pas avec le nombre de médecins, de lits d'hôpitaux ou les dépenses en soins de santé. Et l'OMS ajoute que les riches tendent à bénéficier davantage des hôpitaux et des soins primaires, tandis que la distribution des soins primaires est presque toujours plus bénéfique pour les pauvres que les soins hospitaliers (OMS, 2000, p. 16).

Néanmoins, le *Rapport sur la santé dans le monde 2000* préconise pour tous les pays – développés et en développement – un système de santé universel, financé par des fonds publics et qui couvrirait tout, de la sécurité routière à la prévention et à la chirurgie. Pour l'OMS, l'idéal consiste dans une large mesure à dissocier la contribution financière des ménages au système des soins de santé des risques pour la santé et de séparer celle-ci presque entièrement de l'utilisation des services nécessaires (OMS 2000, p. 36). Toutefois, il y a des études approfondies qui montrent que le fait de dissocier complètement l'utilisation et les coûts n'est pas nécessaire pour assurer une bonne santé de la population.

Une des études les plus complètes de l'assurance-santé est celle réalisée par la RAND Corp. Dans le cadre de cette étude, plus de 7 000 familles n'appartenant pas à la catégorie des personnes âgées et provenant de six régions des États-Unis avaient été assignées à des régimes d'assurance différents et suivies de près sur une période de trois à cinq ans. Tous ces régimes avaient fixé un plafond pour les frais payés à même les poches des patients et couvraient une gamme de services allant de soins gratuits (aucune coassurance) à une variété de régimes reposant sur le concept de paiement par l'utilisateur (avec différents taux de coassurance pour différents services). Voici deux des observations faites dans le cadre de cette étude : les dépenses *totales* pour le groupe à coassurance élevée (95 %) étaient inférieures à celles du groupe des soins gratuits, et les niveaux différents du maximum de dépenses payées par les patients n'ont pas donné lieu à des différences significatives dans l'utilisation des soins médicaux (Ramsay, 1998).

L'étude de RAND a conclu que l'utilisation accrue des services par le groupe des soins gratuits n'a eu guère ou pas d'effets mesurables sur l'état de santé et qu'il n'y a pas eu de différences significatives entre les groupes en ce qui concerne le risque de mourir ou les mesures de la douleur et des inquiétudes. Dans un cas seulement, le régime de soins gratuits s'est révélé meilleur, et il s'agissait de personnes à faible revenu souffrant d'hypertension. Toutefois, les chercheurs font remarquer que c'est un examen de dépistage effectué une seule fois qui a permis de réaliser la plupart des progrès enregistrés au chapitre de la pression artérielle enregistrés par le régime des soins gratuits (Gratzer, 1999, p. 124-125)

Tandis que l'étude de la RAND laisse supposer que des interventions publiques ciblées pourraient être préférables à la couverture universelle, d'autres analyses rejettent l'idée de cibler des dépenses de santé sur les individus ou même des maladies spécifiques, considérant cette pratique comme inefficace (Deaton, 2002). Augus Deaton, professeur à l'Université Princeton, écrit qu'il est temps que le débat repose sur une meilleure connaissance des prestations en matière de santé. Comme c'est le cas pour le revenu, il existe de très bons arguments en faveur des pays pauvres et en faveur des citoyens pauvres des pays riches, car la malnutrition, les maladies connexes et l'insalubrité du logement sont des facteurs importants de la santé pour les adultes et les enfants appartenant à ces catégories. Il soutient que le gouvernement obtiendrait peut-être de meilleurs résultats avec une politique qui fournirait un revenu aux pauvres qu'en dépensant le même montant de fonds publics dans un faible régime de prestations de soins de santé (Deaton, 2002, p. 27-28). Les auteurs d'une autre étude se sont penchés sur le problème suivant : le fait qu'il était possible de prévenir les situations à l'origine de maladies exigeant des soins de courte durée devrait attirer l'attention sur les possibilités de promouvoir une bonne santé par des politiques appropriées (McGinnis, Williams-Russo et Knickman, 2002, p. 78).

Des résultats comme ceux qui précèdent expliquent pourquoi toutes les autres nations industrielles ont opté pour un certain type de financement privé des services considérés comme médicalement nécessaires par la norme un peu changeante appliquée par le Canada. En Australie, les patients ambulatoires paient des frais trimestriels pour les services dispensés par un médecin; les patients hospitalisés paient des frais fixes pour tous leurs médicaments. En Belgique, ils paient des frais journaliers fixes pour tous les médicaments reçus. En Allemagne, les patients payent un frais d'« hôtel » fixe, mais sont exonérés de la participation aux autres

coûts lorsqu'ils sont hospitalisés. La Suisse a institué une franchise annuelle pour les soins ambulatoires et applique un taux journalier fixe aux séjours à l'hôpital (National Economic Research Associates, 2001).

Chaque pays essaie d'atténuer les effets néfastes possibles de telles mesures de partage des coûts, qui incluent une redistribution potentielle du revenu – en faisant payer les pauvres et les malades pour les riches et les personnes en bonne santé – et une utilisation moindre des services de santé par des gens à faible revenu et jouissant d'une moins bonne santé. Un grand nombre d'études réalisées depuis un certain nombre d'années déjà indiquent que les mécanismes de partage des coûts, les frais modérateurs par exemple, peuvent avoir une incidence négative sur certaines populations (p. ex., Beck, 1974, 1980; Roemer et coll., 1975; Evans, 1993; Ramsay, 1998).

En raison de ces types de préoccupations, certains analystes des politiques en matière de santé, ainsi que le Conseil consultatif de l'Alberta ont recommandé, en guise de remplacement des formes traditionnelles de partage des coûts, une formule qui permettrait de maintenir l'intégrité des cinq principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est-à-dire l'instauration de comptes d'épargne médicaux. Les auteurs de cette proposition estiment qu'en transférant la plus grande partie des décisions de couverture aux individus et en permettant un rôle accru du secteur privé, on rendrait le système de soins de santé plus efficace et plus rentable dans la prestation des soins, tout en élargissant la couverture des services à tous les citoyens. Le champ couvert par la présente étude ne permet pas d'étudier en profondeur les avantages et les inconvénients de ce type de comptes, mais on peut consulter les textes de diverses présentations effectuées sur la manière dont fonctionnent ces comptes dans d'autres pays et sur le mode possible de leur fonctionnement au Canada (p. ex., Comité sénatorial permanent, janvier 2002*a*; Premier's Advisory Council on Health for Alberta, 2001; Gratzer, 1999; Litow et Muller, 1998; Ramsay, 1998; Massaro et Wong, 1996).

Cadre devant servir à déterminer l'ampleur du financement public

1. Clarifier le but du système de santé

> [TRADUCTION] Un système public de soins de santé ne sert pas simplement à maximiser le degré de santé dont jouit la société (cependant, nous choisissons de mesurer la santé). Il ne sert pas simplement à traiter la maladie (cependant, nous choisissons de définir la maladie). Il ne sert pas simplement à satisfaire les besoins en matière de santé (cependant, nous choisissons de définir les besoins en soins de santé). Il ne sert pas assurer l'égalité en matière d'état de santé (cependant, nous choisissons de conceptualiser l'égalité). Le but d'un système public de soins de santé est un élément complexe d'une gamme de buts [...] il devient impossible d'utiliser un simple algorithme de maximisation comme base du système d'établissement des priorités (Holm, 2000, p. 31-32).

Il y a des interventions qui maintiennent une fonction à un coût élevé (p. ex., les greffes d'organes), des interventions qui améliorent la qualité de la vie (p. ex., le Viagra), des technologies héroïques (p. ex., l'acharnement thérapeutique), mais dont l'efficacité est marginale (p. ex., la chimiothérapie à forte dose) et les progrès du diagnostic génétique et le traitement connexe (Clancy et Danis, 2000). De même, il y a un grand nombre de facteurs non médicaux qui sont associés à l'état de santé, notamment le logement, le revenu et l'instruction. Aussi est-il nécessaire qu'on se mette d'accord sur les priorités du système de santé.

2. Décider des services à évaluer

Le processus de rationnement produit des arbitrages qui s'opèrent dans des domaines délimités par les structures budgétaires (barème des frais), les intérêts institutionnalisés (spécialités cliniques), l'idéologie (responsabilité personnelle ou collective au regard de la maladie et des soins) et l'information (recherche disponible en matière d'évaluation) (Giacomini, 1999). Par conséquent, les décideurs devraient considérer les questions suivantes au sujet de chaque arbitrage avant de passer au stade de l'évaluation :

- *De quoi s'agit-il?* Les interventions et les technologies marquées d'une étiquette donnée (p. ex., les greffes du coeur, soins prénataux) peuvent avoir de nombreuses manifestations sur les plans de la pratique, de la fonction et des effets.

- *À quelles fins fournit-on les services?* Le problème en cause n'est peut-être pas l'efficacité du service, mais une question un peu moins facile à cerner relative à la médicalisation des problèmes ou à la légitimité des besoins du bénéficiaire. Les services doivent être considérés en fonction des buts d'une politique et des valeurs adoptées.

- *Quels sont les liens entre les services?* Les interventions peuvent être interdépendantes; le fait d'en limiter une peut en affecter une autre.

- *À qui s'adressent les services?* Les services et les technologies sont défendus par des groupes d'intérêts constitués d'innovateurs, de commerçants, d'utilisateurs et de bénéficiaires qui peuvent influencer l'issue de l'évaluation, par exemple la question de savoir si une technologie doit être dispensée d'un examen approfondi, etc.

- *Qui en sont les destinataires?* Plus les frontières d'une technologie sont définies de manière étroite, plus lourde sera la responsabilité confiée aux utilisateurs de fournir les structures de soutien qui feront « fonctionner » le système. Par exemple, un grand nombre d'innovations n'ont pas été testées sur les femmes (ou adaptées à elles) (Giacomini, 1999, p. 750-751).

3. Évaluer la rentabilité et la pertinence des programmes et services

La plupart des pays utilisent une certaine forme d'analyse coûts-efficacité pour déterminer les services de santé qui doivent être couverts par l'assurance publique. Ces pays évaluent de plus en plus également la pertinence de services particuliers en fonction des buts de leurs systèmes.

> [TRADUCTION] La question la plus cruciale – et controversée – en ce qui a trait à une politique de couverture fondée sur des preuves a trait à la suffisance des preuves [...] On peut adopter une politique couvrant un type d'intervention, sauf s'il existe des preuves péremptoires qu'il fait plus de tort que de bien [...] Une autre norme est celle de la meilleure supposition : couvrir si la prépondérance de la preuve, qu'elle soit abondante ou mince, donne à penser que la technologie est bénéfique [...] Le jugement sur la suffisance de la preuve est souvent subjectif [...] (Garber, 2001, p. 66-67)

Au Royaume-Uni, les praticiens participant au processus de détermination des priorités se prononcent sur l'efficacité d'une intervention s'ils disposent d'une preuve de bonne qualité. En Nouvelle-Zélande, des comités d'experts et des groupes communautaires participent aux décisions relatives à l'efficacité de certains traitements (Edgar, 2000). La plupart des processus de détermination de la couverture basés sur les preuves sont souples et mettent dans la balance le besoin de rigueur et les limites de l'état des connaissances médicales (Garber, 2001).

Une autre préoccupation est que les listes de priorités établies aux fins de financement fournissent un dosage très varié de services à partir duquel il est souvent difficile d'évaluer, dans la pratique, les conséquences des arbitrages effectués. Par exemple, l'Oregon couvre les services liés aux traitement du diabète, les soins aux nouveaux-nés, les thérapies médicales du psoriasis mais ne couvre pas le traitement de troubles sexuels ou du cancer quand il est peu probable que cela va augmenter les chances de survie (Oregon Health Services Commission, octobre 2001).

De même, les critères coûts-efficacité ne suffisent généralement pas à déterminer si le secteur public doit assurer un service de santé : les médicaments comme le Viagra, qui visent à améliorer la qualité de la vie, constituent un exemple concret. Ce médicament s'est révélé efficace pour combattre les symptômes de disérection chez les hommes, mais, même s'il aide un très grand nombre de patients à améliorer la qualité de leur vie, il faut se demander si les Canadiens sont prêts à fermer une unité de chirurgie cardiaque pour financer l'achat de Viagra avec des deniers

publics (Ferguson, 13 janvier 2002). Au Royaume-Uni, le Viagra est distribué seulement par l'entremise du NHS pour soigner certains troubles cliniques. Les décideurs du Royaume-Uni ont jugé que le NSH n'est pas obligé de subventionner ce médicament pour toute personne qui pourrait en profiter. Ils estiment que, dans la plupart des cas, le Viagra ne mérite pas d'être financé par un service universel financé par les deniers publics (New, 2000).

4. Faire participer le public

La plupart des Canadiens soutiennent vivement le concept d'un système de soins de santé financé principalement par les deniers de l'État et les principes de la *Loi canadienne sur la santé.* Toutefois, les Canadiens accordent leur soutien à un accroissement des dépenses publiques en matière de santé à la condition que le système soit plus efficient, plus efficace et rende davantage de comptes sur la manière dont s'effectueront de nouvelles dépenses; l'idée de réduire au besoin l'étendue de la couverture bénéficie d'un certain soutien (Vail, 2001). De même, 30 à 50 % des Canadiens sont prêts à considérer des options qui permettraient d'accroître la prestation et le financement privé de soins de santé soit pour préserver le système public soit pour assurer l'accès à des soins de bonne qualité (Vail, 2001).

Une autre enquête, publiée dans le *Medical Post*, a révélé que les Canadiens ne sont pas intéressés à gaspiller plus d'argent pour agrandir le gâteau, mais ils approuvent à 90 % l'idée que le gouvernement devrait financer tous les services de santé qui ont fait la preuve qu'ils pouvaient améliorer la santé ou la qualité de la vie (Milne, 2001). En ce qui a trait aux services qui devraient être financés, les Canadiens ont favorisé les services de diagnostic tels que l'imagerie par résonance magnétique, les soins de courte durée, les soins de longue durée, les soins à domiciles et les soins communautaires ainsi que la prévention des maladies. Parmi les services figurant au bas de la liste, on trouvait la promotion de la santé, les médicaments délivrés par ordonnance, les soins palliatifs et la santé publique (Milne, 2001).

Il y a un grand nombre de domaines où le public pourrait participer au processus de rationnement des services, notamment l'articulation de l'éthos et des valeurs du système, la détermination des soins de santé ou des traitements qui seront fournis par l'État, celle des groupes qui recevront la priorité (p. ex., les personnes âgées ou les jeunes) et du lieu où seront dispensés les soins de santé (p. ex., une institution ou la communauté) (Mullen, 2000).

Le défi pour nous consistera à informer les citoyens sur la rentabilité de divers programmes et services. Comme il a été indiqué dans l'enquête du *Medical Post,* un grand nombre de Canadiens considèrent l'accès universel aux soins de courte durée comme plus précieux que l'accès à la santé publique. L'importance des perceptions a été évidente en Oregon où, au début, la désassurance des greffes d'organes reposait sur la croyance populaire selon laquelle les greffes n'étaient que très peu bénéfiques. Une autre manière de différencier superficiellement les soins de santé consiste à opposer le nouveau à l'ancien : les greffes et les traitements de l'infertilité par exemple figurent dans presque tous les exercices de détermination des priorités (Giacomini, 1999).

Un autre défi consistera à gérer efficacement les divers groupes de lobbyistes au Canada. Par exemple, les praticiens – les chiropraticiens et les massothérapeutes dans la plus récente opération de délistage effectuée en Colombie-Britannique – ont protesté contre la décision des gouvernements de réduire le financement qu'ils accordent aux services. Les employés des hôpitaux ont exprimé leurs préoccupations au sujet des initiatives visant à fournir des services complémentaires à titre privé. Les médecins et les hôpitaux se sont opposés aux tentatives de plafonner leurs budgets. Les résidents protestent bruyamment quand un hôpital est fermé dans leur secteur. Il s'agit là, à quelques exceptions près, des nombreux groupes qui réclament une certaine utilisation des ressources limitées du secteur public.

L'idée à retenir ici est que le caractère raisonnable et la transparence de l'approche du rationnement sont de la plus haute importance. Le public peut être invité à participer à divers degrés mais, au moins, l'information et les critères de détermination des priorités doivent pouvoir être connus de la population. Une fois les décisions de financement prises – c'est-à-dire une fois déterminées les interventions à couvrir ou les lignes directrices à mettre en oeuvre dans la pratique – les individus (patients, fournisseurs de services et autres personnes directement influencées par les politiques ou les choix effectués) doivent avoir le droit de les contester.

Bibliographie

Alberta Health and Wellness. 31 mai 2002. *Alberta Health Care Insurance Plan/Benefits*, <http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/benefits.htm> (12 juin 2002).

Alter, David A. et coll. 1999. « Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction », *New England Journal of Medicine* 341, p. 1359-1367.

Angus Reid Group. Octobre 1997. *Canadians' Perceptions of the Health Allowance System: Key Findings*, <http://www.nextcity.com/cpi/empowerment/Arkeyfindings.html> (28 décembre 2001).

Arnold, Tom. 13 juillet 2001. « Majority Open to Mix of Public, Private Health », *The National Post Online*, <http://www.nationalpost.com/> (24 juillet 2001).

Association canadienne des radiologistes. 2000. *Outdated Radiology Equipment: A Diagnostic Crisis*, Special Ministerial Briefing, Saint Laurent, Association canadienne des radiologistes.

Australian Department of Health and Aged Care. 18 janvier 2002. *Medicare Benefits Branch Home Page*, <http://www.health.gov.au/haf/branch/mbb/index.htm> (28 janvier 2002).

_____. 9 mai 2000. *Portfolio Budget Statements 2001-2002*, <http://www.health.gov.au> (29 janvier 2002).

Baxter, David. 2002. « Population Matters: Demographics and Health Care in Canada », dans *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*, publié sous la directon de David Gratzer, Toronto, ECW Press, p.135-172.

Baxter, David et Andrew Ramlo. 1998. *Healthy Choices: Demographics and Health Spending in Canada, 1980 to 2035,* Vancouver, Urban Futures Institute.

Beck, R. G. 1974. « The Effects of Co-payment on the Poor », *The Journal of Human Resources* 9, p. 129-142.

Beck, R. G. et J. M. Horne. 1980. « Utilization of Publicly Insured Health Services in Saskatchewan, During and After Copayment », *Medical Care* 18(8), p. 787-806.

Blendon, Robert J. et coll. 2002. « Inequities in Health Care: A Five-Country Survey », *Health Affairs* 21(3), p. 182-191.

Brimacombe, Glenn G., Pedro Antunes et Jane McIntyre. 2001. *The Future Cost of Health Care in Canada, 2000 to 2020: Balancing Affordability and Sustainability,* Ottawa, Conference Board du Canada.

British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors. 6 mai 2002. *Medical and Health Care Benefits*, <http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/infoben/benefits.html> (12 juin 2002).

British Medical Association. Décembre 1999. *Healthcare Funding Review*, <http://web.bma.org.uk/public/polsreps.nsf/htmlpagesvw/hcfund> (28 janvier 2002).

Bureau of TennCare. 5 mai 2002. *Tennessee Enrolment in TennCare*, <http://www.state.tn.us/tenncare/enrol-co.htm> (9 juin 2002).

Cancer Advocacy Coalition. 13 décembre 2001. *Report Card 2001 on Cancer Care in Canada*, <http://www.canceradvocacycoalition.com> (9 juin 2002).

____. *Mortality/Incidence Rates, 1993-1997*, <http://www.canceradvocacycoalition.com> (9 juin 2002).

Carroll, R. J. et coll. 1995. « International Comparison of Waiting Times for Selected Cardiovascular Procedures », *Journal of the American College of Cardiology* 25, p. 557-563.

Clancy, Carolyn M. et Marion Danis. 2000. « Setting Priorities "American Style" », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction d'Angela Coulter et de Chris Ham, Buckingham et Philadelphie, Open University Press. p. 52-59.

Collins-Nakai, R. L., H. A. Huysmans et H. E. Skully. 1992. « Task Force 5: Access to Cardiovascular Care: An International Comparison », *Journal of the American College of Cardiology* 19, p. 1477-1485.

Comité sénatorial permanent sur les affaires sociales, les sciences et la technologie. Avril 2002. « Volume Cinq : Principes et recommandations en vue d'une réforme – Partie 1 », *La santé des Canadiens – Le rôle du fédéral.* Ottawa, Le Sénat.

____. Janvier 2002*a*. « Volume Trois : Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays », *La santé des Canadiens – Le rôle du fédéral,* Ottawa, Le Sénat.

____. Janvier 2002*b*. « Volume Deux : Tendances actuelles et défis futurs », *La santé des Canadiens – Le rôle du fédéral,* Ottawa, Le Sénat.

Conference Board du Canada. 2001. « Finding a Future for Canada's Health Care System », *Performance and Potential, 2001-2002,* Ottawa, Conference Board du Canada.

Coulter, Angela et Chris Ham. 2000. « Introduction: International Experience of Rationing (or Priority Setting) and Where Are We Now? », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction de Angela Coulter et Chris Ham, Buckingham et Philadelphie, Open University Press, p. 1-12 et 233-250.

Coyte, Peter et coll. 1994. « Waiting Times for Knee Replacement Surgery in the United States and Ontario », *The New England Journal of Medicine* (20 octobre).

Currie, R. J. Novembre 2000. *Manitoba Centre for Health Policy Report: Waiting Times for Surgery: A Second Look*, <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports_97-00/waits2.htm> (9 juin 2002).

Cutler, David M. et Mark McClellan. 2001. « Is Technological Change in Medicine Worth It? », *Health Affairs* 20(5), p. 11-29.

Daniels, Norman. 2000. « Accountability for Reasonableness in Private and Public Health Insurance », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction d'Angela Coulter et de Chris Ham, Buckingham et Philadelphie, Open University Press. p. 87-106.

Deaton, Angus. 2002. « Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth », *Health Affairs* 20(2), p. 13-30.

Deber, R. et coll. 1995. *The Public/Private Mix in Health Care*, Parties 1 et 2, Ottawa, Forum national sur la santé, <http://wwwnfh.hc-sc.gc.ca/publicat/issuesm/deber1.htm/> et <http://wwwnfh.hc-sc.gc.ca/publicat/issuesm/deber2.htm/> (20 janvier 2002).

Doan, Ngan. 2001. *MinnesotaCare Disenrollee Survey*, présentation, St. Paul's, Minnesota Department of Health.

Dunlop, Sheryl, Peter C. Coyte et Warren McIsaac. 2000. « Socio-economic Status and Utilisation of Physicians' Services: Results from the Canadian National Population Health Survey », *Social Science and Medicine* 51(1), p. 123-133.

Edgar, Wendy. 2000. « Rationing Health Care in New Zealand – How the Public Has a Say », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction d'Angela Coulter et de Chris Ham. Buckingham et Philadelphie, Open University Press. p. 175-191.

El Feki, Shereen. 1998. « Profile – Canadian Healthcare Struggles with Its Five Pillars of Faith », dans *Healthcare International, 1st Quarter 1998*, Londres, The Economist Intelligence Unit, p. 34-66.

Emmerson, Carl, Christine Frayne et Alissa Goodman. 2000. *Pressures in U.K. Healthcare: Challenges for the NHS*, Londres, The Institute for Fiscal Studies.

Esmail, Nadeem. 2001. « Canada's Abysmal Health Technology Record », *Fraser Forum* (Novembre), Vancouver, The Fraser Institute, p. 24-26.

Evans, Bob. 1993. « User Fees for Health Care: Why a Bad Idea Keeps Coming Back », *Health Policy Research Unit* 93:9D, Vancouver, Health Policy Research Unit, University of British Columbia.

Feachem, Richard G. A., Neelam K. Sekhri et Karen L. White. 2002. « Getting More for Their Dollar: A Comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *British Medical Journal* 324, p. 135-141.

Forum national sur la santé. 1995. *Le financement public et privé du système de soins de santé au Canada*, Ottawa, Santé Canada, <http://wwwnfh.hc-sc.gc.ca/publicat/public/> (10 janvier 2002).

Frew, Stephen A. 29 avril 2001. *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA)/Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) Resources Executive Summary*, <http://www.medlaw.com/handout.htm> (31 janvier 2002).

Fries, James F. et coll. 1993. « Reducing Health Care Costs by Reducing the Need and Demand for Medical Services », *New England Journal of Medicine* 329, p. 321-325.

Fuchs, Victor R. et Harold C. Sox Jr. 2001. « Physicians' Views of the Relative Importance of Thirty Medical Innovations », *Health Affairs* 20(5), p. 30-42.

Garber, Alan M. 2001. « Evidence-Based Coverage Policy », *Health Affairs* 20(5), p. 62-82.

Giacomini, Mita K. 1999. « The *Which*-Hunt: Assembling Health Technologies for Assessment and Rationing », *Journal of Health Politics, Policy and Law* 24.4, p. 715-758.

Goodman, John C. Avril 2001. « Characteristics of an Ideal Health Care System », *Policy Report* 242, Dallas, National Center for Policy Analysis », <http://ncpa.org/pub/st/st242/> (8 juin 2002).

Gouvernement du Nouveau-Brunswick. 2002. *L'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick : Introduction*, <http://www.gnb.ca/0394/coverage-e.asp> (12 juin 2002).

Gouvernment du Québec. 2 novembre 2001. *Santé*, <http://www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_en.html> (20 novembre 2001).

Gratzer, David, éditeur. 2002. *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care,* Toronto, ECW Press.

____. 1999. *Code Blue: Reviving Canada's Health-Care System.* Toronto, ECW Press.

Griffiths, Sian, John Reynolds et Tony Hope. 2000. « Priority Setting in Practice », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing,* publié sous la direction d'Angela Coulter et de Chris Ham, Buckingham et Philadelphie, Open University Press, p. 203-213.

Ham, Chris. 1996. « Learning from the Tigers: Stakeholder Health Care », *Lancet* 347, p. 951-953.

Harding, April et Alexander S. Preker. 2000. *The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory,* Washington, D. C., Banque mondiale.

Health Care Financing Administration (HCFA). 2001*a*. *Medicaid*, <http://www.hcfa.gov.medicaid/ medicaid.htm> (28 janvier 2002).

____. 2001*b*. *Medicaid*, <http://www.hcfa.gov/medicaid/ mservice.htm> (28 janvier 2002).

____. 2001*c*. *Medicaid*, <http://www.hcfa.gov.medicare/ medicare.htm> (28 janvier 2002).

____. 2001*d*. *Medicare Coverage Policy – Coverage Process*, <http://www.hcfa.gov/coverage/8a2.htm> (28 janvier 2002).

____. 2001*e*. *Medicare Coverage Policy – Home Page*, <http://www.hcfa.gov/coverage/> (28 janvier 2002).

____. 2001*f*. *Your Medicare Benefits: Your Health Care Coverage in the Original Medicare Plan for... Part A (Hospital Insurance), Part B (Medical Insurance) Including Preventive Services,* Baltimore, United States Department of Health and Human Services.

Health Insurance Commission. 13 décembre 2001. *About Medicare*, <http://www.hic.gov.au/yourhealth/ our_services/am.htm> (29 janvier 2002).

Herrick, Devon. 15 novembre 2001. « Uninsured by Choice », *Briefing Analysis* 379, Dallas, National Center for Policy Analysis.

Holm, Søren. 2000. « Developments in the Nordic Countries – Goodbye to the Simple Solutions », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction d'Angela Coulter et de Chris Ham, Buckingham et Philadelphie, Open University Press, p. 29-37.

Hsiao, William C. 1995. « Medical Savings Accounts: Lessons from Singapore », *Health Affairs* (été), p. 260-266.

Hunter, Justine. 7 juillet 2001. « 36% Back Two-Tier Health: Poll » *The National Post Online*, <http://www.nationalpost.com/> (24 juillet 2001).

Institut canadien des actuaires. 21 mars 2001. *Health Care in Canada: The Impact of Population Aging.* Mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Toronto, Institut canadien des actuaires.

_____. 1995. *Troubled Tomorrows: The Report of the Canadian Institute of Actuaries' Task Force on Retirement Savings.* Toronto, Canadian Institute of Actuaries.

Institut canadien d'information sur la santé. 18 décembre 2001. *Total Health Care Spending Surpasses $100 Billion, Reports CIHI*, <http://www.cihi.ca/medrls/18dec2001.shtml> (29 janvier 2002).

Jackson, N. W., M. P. Doogue et J. M. Elliott. 1999. « Priority Points and Cardiac Events While Waiting for Coronary Artery Bypass Surgery », *Heart* 81, p. 367-373.

Kaiser Family Foundation. 2002. *State Health Facts Online*, <http://statehealthfacts.kff.org/> (9 juin 2002).

Klein, Rudolph et Alan Williams. 2000. « Setting Priorities: What Is Holding Us Back – Inadequate Information or Inadequate Institutions? », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction d'Angela Coulter et de Chris Ham, Buckingham et Philadelphie, Open University Press, p. 15-26.

Kronick, Richard et Todd Gilmer. 2002. « Insuring Low-Income Adults: Does Public Coverage Crowd Out Private? », *Health Affairs* 21(1), p. 225-238.

Lichtenberg, Frank R. 2001. « Are the Benefits of Newer Drugs Worth Their Cost? Evidence from the 1996 MEPS », *Health Affairs* 20(5), p. 241-251.

Litow, Mark E. et Stacey V. Muller. 1998. *Feasibility of Health Care Allowances in Canada*, Ontario, Consumer Policy Institute.

Lyons, William et William F. Fox. 2001. *The Impact of TennCare: A Survey of Recipients*, Knoxville, Tenncare.

Mackillop, W. J. 1994. « Waiting for Radiotherapy in Canada and the U. S. », présenté à San Francisco à la 36e réunion annuelle de la American Society for Therapeutic Radiology, 3 octobre.

Mackillop, W. J. et coll. 1997. « Socioeconomic Status and Cancer Survival in Ontario », *Journal of Clinical Oncology* 15, p. 1680-1689.

Manitoba Health. 2002. *Manitoba Health Services Insurance Plan*, <http://www.gov.mb.ca/health/mhsip/index.html> (16 novembre 2001).

Marmot, Michael. 2002. « The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist », *Health Affairs* 20(2), p. 31-46.

Martin, Douglas K. et Peter A. 2000. « Singer. Priority Setting and Health Technology Assessment: Beyond Evidence-Based Medicine and Cost-Effectiveness Analysis », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction d'Angela Coulter et de Chris Ham, Buckingham et Philadelphie, Open University Press. p. 135-145.

Massaro, Thomas et Yu-Ning Wong. 1996. « Medical Savings Accounts: The Singapore Experience », *Policy Report* 203, Dallas, National Center for Policy Analysis.

Mayo, Nancy E. et coll. 2001. « Waiting Time for Breast Cancer Surgery in Quebec », *Journal de l'Association médicale canadienne* 164, p. 1133-1138.

McGinnis, Michael J., Pamela Williams-Russo et James R. Knickman. 2002. « The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion », *Health Affairs* 20(2), p. 78-93.

McMahon, Fred et Martin Zelder. 2002. « Making Health Spending Work », *Public Policy Sources* 54. Vancouver, The Fraser Institute.

Miller, Tom. 7 janvier 1996. « MSAs – Panacea or Placebo ?», *Competitive Enterprise Institute Update Article*, <http://cei.org/UpdateReader.asp?ID=261> (26 avril 2001).

Milne, Celia. 2001. « More Questions Than Answers in Health Funding », *The Medical Post Online* 37(37), <http://www.medicalpost.com/> (28 décembre 2001).

Minnesota Department of Health and the School of Public Health, University of Minnesota. Avril 2002. *Minnesota's Uninsured: Findings from the 2001 Health Access Survey*, St. Paul's, Minnesota Department of Health.

Moulton, Donalee. 12 juillet 1998. « Bladder Cancer Survival Affected by Long Canadian Waiting Lists », *The Medical Post*, p. 5.

Mullen, Penelope M. 2002. « Public Involvement in Health Care Priority Setting: Are the Methods Appropriate and Valid? », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction d'Angela Coulter et de Chris Ham, Buckingham et Philadelphie, Open University Press. p. 163-174.

Musgrove, Philip. 1996. *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. Washington, D. C., Banque mondiale.

National Center for Health Statistics. 1999. *Health, United States, 1999, with Health and Aging Chartbook*, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics.

National Economic Research Associates. 8 juin 2001. « Funding U.K. Health Care », *Breaking News*, <http://www.nera.com/_template.cfm?c=6168&o=3583> (28 janvier 2002).

_____. 1997. *The Health Care System in Singapore*, Royaume-Uni, National Economic Research Associates.

New, Bill. 2000. *What Business Is the NHS in? Establishing the Boundary of a Health Care System's Responsibility,* Londres, Institute for Public Policy Research.

Newfoundland Department of Health and Community Services. 1999. *Medical Care Plan* and *Newfoundland Hospital Insurance Plan*, <http://www.gov.nf.ca/mcp/html/> (12 juin 2002).

New Zealand Ministry of Health. 2001*a*. *Guide to Eligibility for Publicly Funded Personal Health and Disability Services in New Zealand*, <www.moh.govt.nz/moh.nsf/wpgIndex/About-FAQs+Contents> (29 janvier 2002).

_____. 2001*b*. *An Overview of the Health and Disability Sector in New Zealand,* Wellington, Ministry of Health.

Nova Scotia Department of Health. 2001. *Insured Health Services in Nova Scotia.* Halifax, Department of Health.

Oberlander, Jonathan, Theodore Marmor et Lawrence Jacobs. 2001. « Rationing Medical Care: Rhetoric and Reality in the Oregon Health Plan », *Journal de l'Association médicale canadienne* 164(11), p.1583-1587.

Office of Medical Assistance Programs, Oregon Department of Human Services. 2 avril 2001. *The Oregon Health Plan: It May Be for You*, <http://www.omap.hr.state.or.us/ohp/3256_0401.html> (28 janvier 2002).

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. 1er septembre 2000. *OHIP Facts,* <http://www.gov.on.ca/MOH/english/pub/ohip/services.htm> (20 novembre 2001).

Oregon Health Services Commission. 2001. *Oregon Health Services Commission Report: Prioritized List of Packages for OHP Standard,* Salem, Office of Oregon Health Policy and Research.

_____. 1er octobre 2001. *Prioritized List of Health Services*, <http://www.ohppr.state.or.us/hsc/index_hsc.htm> (28 janvier 2002).

Organisation mondiale de la santé. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé performant, Health Systems: Improving Performance.* Genève : OMS.

Premier's Advisory Council on Health for Alberta. Décembre 2001. *A Framework for Reform,* <http://www2.gov.ab.ca/home/health_first/documents/> (10 janvier 2002).

Prince Edward Island Department of Health and Social Services. 2001. *Hospital and Medical Services Insurance,* Charlottetown, Department of Health and Social Services.

Ramsay, Cynthia. 2001. *Beyond the Public-Private Debate: An Examination of Quality, Access and Costs in the Health-Care Systems of Eight Countries,* Vancouver, Western Sky Communications Ltd.

_____. 1998. *Medical Savings Accounts: Universal, Accessible, Portable, Comprehensive Health Care for Canadians,* Vancouver, The Fraser Institute.

Ramsay, Cynthia et Michael Walker. 1996. « A Thriving Health Care Sector Could Contribute to a Healthy Economy », *Fraser Forum* (octobre), Vancouver, The Fraser Institute, p. 17-21.

Roemer, M. et coll. 1995. « Copayments for Ambulatory Care: Penny-Wise and Pound-Foolish », *Medical Care* 13(6), p. 457-466.

Saskatchewan Health. 2000. *Coverage*, <http://www.health.gov.sk.ca/ps_coverage_full.html> (16 novembre 2001).

. 2001. *The Action Plan for Saskatchewan Health Care*, Regina, Saskatchewan Health.

Sawyer, Douglas M. et John R. Williams. 1995. « Core and Comprehensive Health Care Services: 3. Ethical Issues », *Journal de l'Association médicale canadienne* 152, <http://www.cma.ca/cmaj/vol-152/issue-9/1409.htm> (20 janvier 2002).

Scandlen, Greg. 7 septembre 2001. « Propping Up SCHIP: Will This Program Ever Work? », *Briefing Analysis* 371, Dallas, National Center for Policy Analysis.

Singapore Ministry of Health, Strategic Planning Branch, Policy and Development Division. Février 2001. *About the Ministry of Health in Singapore*, <http://www.gov.sg/moh/mohinfo_a.html> (14 novembre 2001).

Strategic Policy Directorate, Population and Public Health Branch. 2001. *The Population Health Template: Key Elements and Actions that Define a Population Health Approach* (ébauche de juillet), Ottawa, Santé Canada.

Syme, S. Leonard, Bonnie Lefkowitz et Barbara Kivimae Krimgold. 2002. « Incorporating Socioeconomic Factors into U.S. Health Policy: Addressing the Barriers », *Health Affairs* 20(2), p. 113-118.

Szick, Sharon et coll. 1999. « Health Care Delivery in Canada and the United States: Are There Relevant Differences in Health Outcomes », Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences.

Tengs, Tammy O. 1996. « An Evaluation of Oregon's Medicaid Rationing Algorithms », *Health Economics* 5, p. 171-181.

Tuohy, Carolyn Hughes. 2002. « The Costs of Constraint and Prospects for Health Care Reform in Canada », *Health Affairs* 21(3), p. 32-46.

United Kingdom Department of Health. 27 juillet 2001. *The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform*, <http://doh.gov.uk/nhsplan/> (28 janvier 2002).

Vail, Stephen. 2001. *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, Ottawa, Conference Board du Canada.

Walker, Michael et Greg Wilson. 2001. *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada* 11, Vancouver, The Fraser Institute.

Walters, David J. et Donald A. Morgan. 1995. « Core and Comprehensive Health Care Services: 2. Quality of Care Issues », *The Canadian Medical Association Journal* 152, <http://www.cma.ca/cmaj/vol-152/issue-8/1199.htm> (20 janvier 2002).

Washington State Health Care Authority. 2002*a*. *2002 Basic Health Member Handbook*, Olympia, Washington State Health Care Authority.

_____. 2002*b*. *How Much Will Basic Health Coverage Cost?*, <http://www.wa.gov/hca/basichealth.htm> (9 juin 2002).

Williams, John R. 1997. « CMA's Core-Services Framework Featured at International Conference », *The Canadian Medical Association Journal* 156, <http://www.cma.ca/cmaj/vol-156/issue-8/1192.htm> (20 janvier 2002).

Williams, John R. et Michael Yeo. 2000. « The Ethics of Decentralizing Health Care Priority Setting in Canada », dans *The Global Challenge of Health Care Rationing*, publié sous la direction d'Angela Coulter et de Chris Ham, Buckingham et Philadelphie, Open University Press, p. 123-132.

Wilson, Ruth, Margo S. Rowan et Jennifer Henderson. 1995. « Core and Comprehensive Health Care Services: 1. Introduction to the Canadian Medical Association's Decision-Making Framework », *The Canadian Medical Association Journal* 152, <http://www.cma.ca/cmaj/vol-152/issue-7/1063.htm> (20 janvier 2002).

Interviews et communications personnelles

Ferguson, Brian, professeur associé, Département d'économique, Université de Guelph, 7 janvier 2002. Par courriel.

Ferguson, Brian, professeur associé, Département d'économique, Université de Guelph, 13 janvier 2002. Par courriel.

Witt, Julia, aspirante au doctorat, Département d'économique, Université de Guelph, 14 janvier 2002. Par courriel.